Aus dem Gebiet der Volksgesundheitslehre
Universitätsprofessor Dr. Walter Schultze

Betrachtungen über das Sozialversicherungswesen in der Systemzeit und im nationalsozialistischen Staat unter Berücksichtigung der ärztlichen Gutachtertätigkeit

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin

verfaßt und einer

Hohen Medizinischen Fakultät der Bayerischen Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Wilhelm Reck
z. Zt. Unterarzt im Felde

München 1939
Universitäts-Buchdruckerei Dr. C. Wolf & Sohn

Aus dem Gebiet der Volksgesundheitslehre
Universitätsprofessor Dr. Walter Schultze

Betrachtungen über das Sozialversicherungswesen in der Systemzeit und im nationalsozialistischen Staat unter Berücksichtigung der ärztlichen Gutachtertätigkeit

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin

verfaßt und einer

Hohen Medizinischen Fakultät der Bayerischen Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Wilhelm Reck
z. Zt. Unterarzt im Felde

München 1939
Universitäts-Buchdruckerei Dr. C. Wolf & Sohn

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

Referent:
Professor Dr. Walter Schultze

Meinen Eltern

gewidmet

Wollen wir die ärztliche Gutachtertätigkeit innerhalb der Sozialversicherung verstehen und hierbei die Verhältnisse in unserem nationalsozialistischen Staate denen der Vorkriegszeit bzw. der Systemzeit gegenüberstellen, so ist es notwendig, diese größte soziale Einrichtung in ihren Grundgedanken und in ihrem Aufbau kennenzulernen; denn die Gutachtertätigkeit ist sehr verzweigt und spielt in der heutigen Sozial- und Gesundheitspolitik eine hervorragende Rolle.

Innerhalb der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik bildet die Sozialversicherung mit allen ihren Zweigen das wertvollste und notwendigste Instrument, da sie einen großen Teil der gesundheitlichen Maßnahmen durchführt und finanziert.

Der nationalsozialistische Staat geht nicht vom Einzelmenschen aus, sondern sieht das Volk in seiner Gesamtheit. Der Wirkungsbereich des Arztes umfaßt also diejenige Tätigkeit, die der Gesundheit des deutschen Volkes dient. Die ärztliche Führung mußte aus diesem Grunde zu der Individualhygiene die Sozialhygiene setzen. Dieser hohen Aufgabe des Schutzes von Blut und Rasse müssen die anderen Aufgaben untergeordnet werden, denn von ihrer richtigen Lösung hängt schließlich die Existenz des Volkes ab. Wir kennen aus der Geschichte genug Fälle, in denen ganze Völker durch Außerachtlassung dieser Grundsätze dem Untergang anheimfielen. Es war selbstverständlich, daß diese neue Auffassung der Gesundheitsführung unseres Staates überall auf Gegner stieß, die man kennzeichnenderweise in den Lagern traf, in denen auch die sonstigen Saboteure nationalsozialistischer Aufbauarbeit versammelt waren.

Der Nationalsozialismus erhebt den Anspruch, eine neue Stellung und Haltung zum Leben einzunehmen. Kein Geringerer hat dieser Forderung Ausdruck verliehen als der Führer selbst mit folgender Feststellung: „Diese Gesinnung, die das Interesse des eigenen Ichs zugunsten der Erhaltung der Gemeinschaft zurücktreten läßt, ist wirklich die erste Voraussetzung für jede wahrhaft menschliche Kultur. Nur aus ihr heraus vermögen alle die großen Werke der Menschheit zu entstehen, die dem Gründer wenig Lohn, der Nachwelt aber reichsten Segen bringen."

Es ist aber notwendig, an dieser Stelle auch die Gegner einer gesunden Sozialversicherungspolitik, welche ja die Grundlage jeder wirksamen gesundheitlichen Betreuung und Versorgung darstellt, zu nennen und bloßzustellen, welche in jahrzehntelangem Kampfe

in der Vorkriegszeit und in verstärktem Maße in der Systemzeit als regierende Machthaber versuchten, ihre eigenen Partei- und Klasseninteressen wahrzunehmen, ohne sich in Wirklichkeit um die Belange des gesamten schaffenden deutschen Volkes zu kümmern. In den Reihen der Sozialdemokratie wurden die größten Intrigen zum Schaden des Arbeiters geschmiedet, also gerade in den Reihen derjenigen Partei, die sich anmaßte, die wirklichen Interessen des schaffenden Volkes zu vertreten und zu fördern. Den unendlich großen Unterschied zwischen den hochtrabenden politischen Parolen und der Wirklichkeit, nämlich der Terrorisierung von Krankenkassen einerseits und von Gefolgschaftsmitgliedern andererseits, mögen später einige Beispiele zeigen. Der Mißbrauch der Krankenkassen von sozialdemokratischer Seite nahm schon seit der Einführung der deutschen Sozialversicherung einen großen Umfang an und es wurde versucht, in vielen Fällen leider mit Erfolg, die Parteibestrebungen auch unter rücksichtsloser Preisgabe von Ansprüchen der Versicherten an die erste Stelle zu setzen. Die Bestimmungen, die der Entwurf der Reichsversicherungsordnung zur Verhütung des sozialdemokratischen Krankenkassenmißbrauchs vorschlug, stellen das Mindestmaß dessen dar, was im Staatsinteresse wie im Interesse der Versicherten, der Arbeitgeber, der Kassenbeamten und der Kassenärzte gefordert werden mußte. Unzählig viele Einzelkämpfe waren nach dem Erlaß der Reichsversicherungsordnung notwendig, um die Sozialdemokratie aus ihrer Stellung im Versicherungswesen zu vertreiben. Immer und immer wieder betonten national gesinnte Kreise, daß die sozial und politisch verderbliche Herrschaft der Sozialdemokratie in der Krankenversicherung gebrochen werden mußte; denn hier hatte sie auf breitester Basis Fuß gefaßt und versuchte mit allen ihr zu Gebote stehenden Mitteln, die Parteistellung zu halten. Während es also der sozialdemokratischen Partei in Deutschland darauf ankam, die Parteiinteressen allen übrigen vorzuziehen, sehr oft unter Opferung großer Summen, die der Arbeiter erspart hatte, setzte die nationalsozialistische Regierung das Wohl und die soziale Betreuung des gesamten Volkes und damit also aller Arbeiter an die erste Stelle ihrer Sozialpolitik. Nicht das Interesse irgend einer Gruppe des deutschen Volkes stand im Vordergrund, sondern soziale Gerechtigkeit und Befriedung bildeten den Grundstock der neuen Gesetzgebung.

Durch die Einführung der Verhältniswahl im Jahre 1910 verlor die Sozialdemokratie unter den Arbeitnehmern einen großen Teil ihres Einflusses und versuchte aus diesem Grunde bei den Arbeitgebern diesen verlorengegangenen Einfluß wenigstens teilweise wieder zu gewinnen.

Das verderbliche Spiel, das von der Sozialdemokratie gespielt wurde, zeigte sich klar bei dem 1903 auf die Tagesordnung gelangenden Gesetzesentwurf, der weitere Abänderungen des Krankenversicherungsgesetzes enthielt. Die wesentlichsten Verbesserungen, die diese Novelle dem Arbeiter brachte, waren unter anderem: Die Ausdehnung der Unterstützungsfrist von 13 auf 26 Wochen und damit die Ausfüllung der Lücke zwischen Kranken- und Invalidenversicherung, die Versicherungspflicht der Handlungsgehilfen und Lehrlinge; die Vorschrift, daß bei Feststellung des ortsüblichen Tagelohnes die Arbeitgeber und die Arbeiter gehört werden müssen, Neueinführung der Schwangerenunterstützung, Angehörigenunterstützung neben freier Kur und Verpflegung und andere. Alle diese Bestimmungen waren ausschließlich für das Wohl der Arbeiter gedacht, wurden aber von der Sozialdemokratie durch ein unverständliches Parlamentstheater, das wegen einer Bestimmung über die eventuelle Beseitigung unzuverlässiger Elemente aus der mit sozialdemokratischen Funktionären gespickten Kassenverwaltung, dem § 42, aufgeführt wurde, in frivolster Weise aufs Spiel gesetzt. Die Sozialdemokratie hätte also in diesem Falle das Parteiinteresse hoch über das Interesse der Arbeiter gestellt. Das war die Wahrheit über ihre Einstellung, während nach außen hin immer das rücksichtslose Eintreten für die Belange der Arbeiterschaft proklamiert wurde. Einen weiteren Beweis parteipolitischer Kassenwirtschaft bildete der große Kampf, der 1897/98 über ein Jahr lang zwischen dem sozialdemokratischen Kassenvorstand der Ortskrankenkasse Barmen und der Ärzteschaft tobte. Hier zeigte sich vor allem die Niederträchtigkeit und die Unehrenhaftigkeit in den Methoden, mit welchen versucht wurde, die Ärzteschaft, die immer mit einer selbstverständlichen Aufopferung ihre Pflicht getan hatte, zu terrorisieren. Mit gesetzlich unzulässigen Kündigungen, mit plumpen Täuschungsmanövern z. B. der Unterzeichnung eines Reverses mit der Begründung: „Die anderen Ärzte hätten alle schon unterschrieben", mit Namensfälschungen von Ärzten und vollständig falschen Berichten der Aufsichtsbehörde gegenüber, mit en bloc-Abstimmungen um 1.30 Uhr nachts usw. wurde versucht, eine den sozialdemokratischen Funktionären willige Ärzteschaft zu erzwingen. Der Kampf endete damit, daß der Kassenleiter der Ortskrankenkasse Barmen für Abfindungen von Ärzten usw. 35 000 RM bezahlen mußte, und daß damit also diese Riesensumme ersparter Arbeitergroschen auf dem Altar sozialdemokratischer Kassenpolitik geopfert werden mußte. Das Schlimme war aber, daß es nicht bei solchen Einzelfällen blieb und daß letzten Endes das unverantwortliche Vorgehen von oben her sogar noch gedeckt wurde.

Einen weiteren Beweis dafür, daß das Parteiinteresse der Sozialdemokratie höher gestellt wurde als die Fürsorge für den Arbeiter, hauptsächlich auf gesundheitlichem Gebiet, bot das ablehnende Verhalten gegenüber den Betriebskrankenkassen. Die Überlegenheit der Betriebskrankenkassen gegenüber den Ortskrankenkassen zeigte sich in der Erhebung kleinerer Beiträge, in der Gewährung größerer Leistungen und in der trotzdem günstigeren Vermögenslage. Der wahre Grund für die Kampfstellung der Sozialdemokratie den Betriebskrankenkassen gegenüber lag darin, daß sie das geblieben sind, was sie nach der Absicht des Gesetzgebers sein sollten, nämlich eine soziale Institution, die jede Parteipolitik ausschalten muß. Die Arbeiterschaft war mit ihrer Betriebskrankenkasse völlig zufrieden und legte im übrigen keinen Wert auf die Art der Kassenorganisation, sondern nur darauf, ob die Leistungen der Kasse im richtigen Verhältnis zu den Beiträgen standen.

So kämpfte die Sozialdemokratie einerseits für eine möglichst weitgehende Zentralisation der Ortskrankenkassen und für die Beseitigung aller anderen Kassenformen, in erster Linie der verhaßten Betriebskrankenkassen, andererseits für die Alleinherrschaft der Arbeiter in den machtvollen Organisationen der zentralisierten Krankenkassen, weiterhin aber in allen Zweigen der Arbeiterversicherung an, um so ihr eigentliches und einziges Ziel zu erreichen: Die Auslieferung der ganzen Arbeiterversicherung an die Sozialdemokratie, die Errichtung des sozialdemokratischen Staates im Staate.

Mit der Ausdehnung der Versicherungspflicht auf alle erwerbstätigen Personen wurde ein Stück staatlicher Kommunismus angestrebt. Die Verstaatlichung der ärztlichen Hilfeleistung wäre die erste naturgemäße Folge und damit die Herüberziehung eines ganzen bürgerlichen Standes, dessen Proletarisierung schon seit vielen Jahren durch den Terrorismus sozialdemokratischer Kassenvorstände betrieben wurde, in den geplanten sozialdemokratischen Staat im Staate.

Zusammenfassend können wir die Ziele der Sozialdemokratie in der Sozialversicherung umreißen:
Rücksichtslose Unterdrückung des nicht sozialdemokratisch gesinnten Teiles der Arbeiterschaft in den Vertreterwahlen;
Beseitigung erprobter bürgerlicher Vertreter aus den Vorständen, Einsetzung unerfahrener Genossen;
Fernhaltung gegnerischer Minoritäten von jeder Beteiligung an der Kassenverwaltung;
Verurteilung der Drittelsvertretung der Arbeitgeber zu völliger Machtlosigkeit;

Drangsalierung bürgerlicher Kassenärzte, Bevorzugung sozialdemokratischer Ärzte;
Unterbringung von Partei-Agitatoren in Beamtenstellen und Sicherstellung derselben gegen Kündigung durch Tarifverträge;
Mißbrauch der Krankenkassen für gewerkschaftliche und politische, ja sogar für persönliche Zwecke;
Versuch der Vereinigung weitester Volkskreise in großen zentralisierten Ortskrankenkassen unter Beseitigung glänzend funktionierender anderer Kassen, nur um damit in diesen sowie auch in allen anderen Einrichtungen der Sozialversicherung den maßgebenden Einfluß der von ihr beherrschten Arbeiterschaft zu sichern.

In der Zeit, in der die Sozialdemokratie den größten Teil der Regierungspartei darstellte, in der Systemzeit, konnten diese Ziele, die in der Vorkriegszeit erstrebt und zu erreichen versucht wurden, in die Wirklichkeit umgesetzt werden. Mit einer unvergleichlichen Verantwortungslosigkeit wurden Krankenkassenpaläste gebaut und die Parteiwirtschaft erreichte nie gesehene Ausmaße. Indessen finanzierte der Arbeiter die Hirngespinste der sozialistischen Funktionäre und merkte hierbei nicht, daß die Sorge um sein eigenes Wohl weit im Hintergrund stand.

Stellen wir den obigen, nur einem Parteiinteresse dienenden Absichten, die Ziele unserer heutigen Sozialversicherungspolitik entgegen, wie sie der nationalsozialistische Staat proklamiert und verwirklicht hat, so finden wir als wichtigsten Unterschied den, daß die sozialen Einrichtungen wirklich zum Wohle des gesamten Volkes, der gesamten Arbeiterschaft geschaffen wurden und daß bei der Prüfung irgendwelcher Maßnahmen nur ein Gesichtspunkt leitend ist: Kann hiemit die soziale Lage bzw. die gesundheitliche Betreuung des arbeitenden Volksgenossen gebessert werden. Mit Stolz kann der deutsche Arbeiter sagen, daß in keinem Lande der Welt eine bessere, umsichtigere und weitgehendere Vorsorge getroffen wurde für Erkrankung, Unfall, Invalidität, Alter oder Todesfall einerseits und gesundheitliche Betreuung andererseits, als im heutigen nationalsozialistischen Deutschland.

Wenn auch die Einrichtungen der Sozialversicherung, wie sie 1933 bestanden, zum großen Teil von der nationalsozialistischen Regierung übernommen werden konnten, so hat sich doch hauptsächlich für den ärztlichen Gutachter die innere Einstellung und Haltung diesen Problemen gegenüber wesentlich geändert.

Den Menschen, die wir durch eine streng durchgeführte rassische Auslese erhalten, muß auch im Gegensatz zu früher vorherrschender falscher Gefühlsduselei, heute mehr zugemutet werden. Der Gute und Wertvolle wird gefördert, der Schlechte und Rassisch-Minderwertige kann vernachlässigt werden.

Für den Gutachter ergeben sich im nationalsozialistischen Staat neue Gesichtspunkte, wenn er sein Urteil in Beziehung setzt zur engeren Umgebung des Volksgenossen, also zu seiner Arbeitsstelle, zur Gesamtwirtschaft und zur Volksgesundheit.

Falsche Rücksichtnahme ist nicht nur fehl am Platze, sondern schadet auch, sie läßt außer acht, daß eine dauernde Belastung jung erhält und daß eine falsche psychische Vorstellung sich auch im Laufe der Zeit auf den Körper nachteilig auswirken muß. Der Körper muß gestählt und härter werden, der Geist vom soldatisch-heroischen Gedanken erfüllt sein, dann sind die Voraussetzungen gegeben, unter denen der Gutachter erfolgreich seine Arbeit in Angriff nehmen kann.

Die nationalsozialistische Auffassung hat sich mit ihrer zwingenden Logik und mit der Wucht ihrer großen Erfolge allen Anfeindungen zum Trotz durchgesetzt und wird es in Zukunft in verstärktem Maße tun.

Unter den Gegnern nationalsozialistischer Aufbauarbeit auf dem Gebiete der Sozialhygiene konnte man vor allem diejenigen Wissenschaftler finden, die nicht einsehen wollten, daß letzten Endes die Grundlage der Wissenschaft in der Weltanschauung verankert sein muß. Ein weiteres Widerstandsnest bildeten die bequemen und denkfaulen Bürger, die von solchen umwälzenden und weitschauenden Gedankengängen aus ihrer guten Ruhe gestört wurden; nicht zuletzt waren es auch streng kirchlich ausgerichtete Kreise.

Die wichtigsten Punkte, die bei der Durchführung des schwierigen Problems Berücksichtigung finden mußten, waren:

1. Rückgang der Bevölkerungszahlen,
2. Vermischung mit fremdem Blut,
3. Falsche Auslese.

Der Ausgangspunkt für die Bewältigung dieser Aufgaben war also ein sehr tiefer; er kam einem quantitativen und qualitativen Rückgang des rassischen Volksgutes im deutschen Volke gleich. Als erste wirksame Gegenmaßnahme verkündete der nationalsozialistische Staat:

a) Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses,
b) die Nürnberger Gesetze.

Zu den weiteren Maßnahmen gehört vor allem die Erhöhung der Altersgrenze, um so dem Volke die Arbeitskraft des deutschen Facharbeiters länger als bisher zu erhalten. Die Bedeutung dieser Maßnahme kann man sich zum Beispiel an den seitherigen Zuständen in der Invalidenversicherung klarmachen. Von den Empfängern der Invalidenversicherung sind 50 % vorzeitig, also vor dem 65. Lebensjahr invalide geworden. Die Betriebsärzte, die im Besitze des Vertrauens ihrer Gefolgschaft arbeiten, können hier

wertvolle Vorbeugungsarbeit leisten. Allein durch die Wiederherstellung des oft verlorengegangenen Vertrauens des Menschen zum Arzt kann sehr viel erreicht werden. Der Arzt muß wieder Fühlung nehmen mit seinen Kranken, er muß mit dem Einzelmenschen wieder mehr in Beziehung treten, als es zur Zeit des geistigen und seelischen Unterganges unseres Volkes in der Nachkriegszeit gewesen ist. Damit unmittelbar verknüpft ist die Sorge für die Zukunft unseres Volkes. Kein weitschauender Mensch wird die Tätigkeit des Arztes als hinreichend erachten, die sich ausschließlich in der Behandlung erschöpft und die sich nicht um irgendwelche späteren Folgen eines vorhandenen Krankheitskeimes oder um den Fortbestand des Volkes kümmert, wenn er sich die traurigen Auswirkungen ausdenkt, die im Falle der Beibehaltung des seitherigen hemmungslosen Systems ohne das Eingreifen des Staates eingetreten wären. Neben die Sorge um die Gegenwart muß also die Sorge um die Zukunft treten. Der Staat der Systemzeit hatte nicht nur nichts in dieser Hinsicht unternommen, sondern das Überhandnehmen minderwertiger Elemente noch gefördert; er dachte nicht daran, sich einmal Gedanken über spätere Auswirkungen zu machen. Die konkrete Zusammenfassung nationalsozialistischer Auffassung finden wir im „Mein Kampf" des Führers:

„Wer körperlich und geistig nicht gesund ist, darf sein Leid nicht im Körper seines Kindes verewigen."

In der Erkenntnis, daß die Gesundheit des Volkes für den Staat ein Wert von unschätzbarer Bedeutung sei, der unter allen Umständen besondere Aufmerksamkeit erfordere, war man auf nationaler Seite schon sehr früh dazu übergegangen, sich mit diesem Problem zu beschäftigen und hatte damit ein wesentliches Ziel der Sozialpolitik gefunden. Wenn es aber galt, den Gesundheitszustand des Gesamtvolkes zu heben, so mußte man die Kreise besonders berücksichtigen, die aus eigener Kraft nicht imstande waren, die gesundheitlichen Gefahren des Lebens- und Arbeitskampfes erfolgreich abzuwenden, d. h. man mußte für den Arbeiter in erster Linie etwas tun.

Mit der um die Mitte des letzten Jahrhunderts allmählich immer stärker einsetzenden Mechanisierung der Arbeit, mit der einseitigen Beschäftigung von Arbeitern, die früher handwerkliche oder landwirtschaftliche Arbeit verrichteten, in den Fabriken, schließlich mit der immer stärkeren Konzentrierung in Industriegebieten, wuchs diese Erkenntnis immer mehr. Aus den Überlegungen des Arbeiterschutzes und einer unter allen Umständen zu vermeidenden späteren Beeinträchtigung der Wehrfähigkeit, entstand 1839 das erste deutsche Arbeitsschutzgesetz für Kinder; daraus entwickelte sich eine Reichsgewerbeordnung mit zahlreichen Nebengesetzen. Die

Vorschriften zur Einhaltung der Arbeitszeit und die Maßnahmen zur Abwendung von Gefahren wurden streng beaufsichtigt. Doch fehlten immer noch Maßnahmen, die die immer mehr ansteigende Zahl der Arbeiter und ihrer Familien im Falle von Krankheit, Unfall oder Tod zufriedenstellend versorgten.

Vorübergehende Linderungen, die durch Selbsthilfeaktionen einzelner Berufskreise oder durch karitative und fürsorgerische Leistungen eintraten, konnten aber niemals der breiten Masse, die in gesundheitliche und wirtschaftliche Not geraten war, zugute kommen. So entsatnd 1883 als geniale Tat des weitschauenden Bismarck die deutsche Sozialversicherung, durch die große Bevölkerungsteile einen im Reichsrecht gesicherten Rechtsanspruch auf ein Mindestmaß von Hilfe erhielten; dafür wurde ihnen zur Pflicht gemacht, sich in einer Gemeinschaft zusammenzuschließen und darin in guten und bösen Tagen zu verbleiben. Der Staat betrachtete den Versicherungsschutz der Arbeiterschaft als seine Aufgabe; er beauftragte öffentlich-rechtliche Körperschaften mit seiner Durchführung und übertrug besonderen Versicherungsbehörden die Aufsicht über die Versicherungsträger und die Nachprüfung der Entschädigungen im Rechtszuge. Neben ihrer ursprünglichen Aufgabe, in Notlagen einzugreifen, die durch Krankheit, Invalidität, Berufsunfähigkeit, Arbeitslosigkeit, Unfall, Alter oder Tod verursacht würden, rückte die Sozialversicherung auch ihrer zweiten politisch besonders wichtigen Aufgabe immer näher, den Gesundheitsschutz der versicherten Bevölkerung zu übernehmen.

Diese doppelte Aufgabe läßt sich auch später bei allen Versicherungsträgern verfolgen, am besten bei der Krankenversicherung, die auch am Anfang der Gesetzgebung stand; sie läßt erkennen, wie neben der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Hilfe für den Kranken ebenso die Behütung des Gesunden immer mehr in den Vordergrund trat. Auf gleicher Höhe mit dem wirtschaftlichen Schutz und der Beseitigung vorhandener Krankheiten, stand also die vorbeugende Hilfe für die versicherten Kreise. Gesetzlich wurde diesem Postulat durch Einzelvorschriften und vorläufigen Zusammenschluß von verschiedenen Versicherungsträgern Wirksamkeit verliehen.

Die ungeheuren Schwierigkeiten, die sowohl innerhalb als auch außerhalb des Parlaments von damals zur Errichtung des großen sozialen Werkes überwunden werden mußten, kann man an der Tatsache ermessen, daß es auch einem Manne wie Bismarck nicht gelang, die Sozialversicherung in einem Guß zu vollenden. Im Mittelpunkt des Meinungsstreites stand nämlich die Frage, ob durch eine moderne sozialpolitische Gesetzgebung der kapitalistische Industrialismus sozial erträglich gemacht werden könne, oder

ob ein grundsätzlicher Systemwechsel von der liberalen Konkurrenzwirtschaft zur konservativen ständischen Gesellschaftsordnung vorzunehmen sei; der entscheidenden Haltung und Aktivität Bismarcks, der ja schon 1881 die kaiserliche Botschaft angeregt hatte, war es zu verdanken, daß trotz aller Widerstände die Versprechungen auf Einführung der sozialen Versicherung in die Tat umgesetzt wurden.

Nach dem Gesetz über die Krankenversicherung vom 15. Juni 1883 folgte am 6. Juli 1884 das Unfallversicherungsgesetz und erst am 22. Juni 1887 erhielt dann das Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetz volle Gesetzeskraft. Diese Schwierigkeiten, die Bismarck schon 1881 erkannte und mit folgenden Worten niederschrieb: „Wollte die Reichsregierung gegenwärtig mit dem gesamten Plan der Neuorganisation hervortreten, so würden zahlreiche Gesellschaftskreise durch die Größe der Aufgabe abgeschreckt und zur Opposition getrieben werden; das Gebiet der Sozialreform muß daher schrittweise nach und nach betreten werden", zeigte die unzulängliche Schlagkraft des durch Partei- und Klasseninteressen zersplitterten Parlaments, in dem vor allem die Sozialdemokratie ihre zweifelhafte Rolle spielte. Am 19. Juli 1911 wurden dann die drei obengenannten Versicherungszweige in der Reichsversicherungsordnung zusammengefaßt. Erst der nationalsozialistischen Regierung war es vergönnt, aus diesen eingangs geschilderten geschichtlichen Vorgängen und Interessenkämpfen der SPD. die Lehre zu ziehen und gewisse alte Fehler aus der Frühzeit der Sozialversicherung durch eine grundlegende Reform zu beseitigen. Dies geschah durch folgende Gesetze:

1. Gesetz zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit der Invaliden-, Angestellten- und Krankenversicherung vom 7. 12. 1933.
2. Gesetz über den Aufbau der Sozialversicherung vom 5. 7. 1934.

Sie waren der Markstein einer allen Volksteilen zugute kommenden Sozialreform. Die Durchführung der Gesetze obliegt bestimmten Organen, den sogenannten Versicherungsträgern; für die sechs Zweige der Sozialversicherung sind es:

1. die Krankenkassen für die Krankenversicherung,
2. die Berufsgenossenschaften für die Unfallversicherung,
3. die Landesversicherungsanstalten für die Invalidenversicherung,
4. die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte für die Angestelltenversicherung,
5. die Reichsknappschaft für die Knappschaftsversicherung,
6. die Reichsanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung für die Arbeitslosenversicherung.

Neben vielen Gesetzen und Bestimmungen, die zum Teil in der Vorkriegszeit, zum Teil von der Systemregierung erlassen wurden,

sind die Richtlinien für die Gesundheitsfürsorge für die versicherte Bevölkerung vom 27. Februar 1929 bemerkenswert, die Maßnahmen zur Bekämpfung der Tuberkulose und der Geschlechtskrankheiten im Auge hatten. Später folgten Verordnungen zum Säuglings- und Kleinkinderschutz, zur Förderung der Zahnpflege in den Schulen, Krüppelfürsorge, Fürsorgedienst im Krankenhaus, der der Familie des Kranken zu gute kam und Maßnahmen zur Erforschung und Bekämpfung des Krebses usw. Schon damals wurde im Interesse des Gesamtvolkes der Kreis der Versicherten sehr weit gezogen, Heil- und Fürsorgemaßnahmen für die Gesundheit breiter Bevölkerungsschichten in Angriff genommen und die Renten- und Krankenversicherung zum Zwecke gemeinschaftlicher Arbeit zusammengeschlossen. Der Absicht, auch noch andere Volkskrankheiten zu erfassen, folgte jedoch keine praktische Durchführung. Erst das für die Entwicklung der Reichsversicherung grundlegende Gesetz von 1934 schuf einen besonderen Versicherungsträger für Gemeinschaftsaufgaben der Kranken- und Invalidenversicherung, die Landesversicherungsanstalt.

Da die Sozialversicherung den deutschen Volksgenossen einen umfassenden Schutz gewährt, finden wir nicht selten eine gegenseitige Wechselwirkung der einzelnen Versicherungszweige, wenngleich diese in organisatorischer und verwaltungsmäßiger Hinsicht voneinander abweichen. Durch die Erfüllung von zum Teil verwandten Aufgaben ergeben sich die Berührungspunkte. Die Rechte und Pflichten der Versicherungsträger greifen dabei ineinander und es ist nicht immer leicht, sie abzugrenzen. Wir finden Bestimmungen, die für alle gemeinsam bindend sind und solche, die nur zwei Versicherungsträger zur Zusammenarbeit verpflichten. Hinsichtlich des Umfanges nimmt die Krankenversicherung unter den mit der Durchführung der Sozialversicherung betrauten Einrichtungen die überragende Stellung ein. Die Gründe sind darauf zurückzuführen, daß die gegen Krankheit versicherten Volksgenossen gleichzeitig den Versicherungsschutz anderer Versicherungszweige genießen und ein großer Teil der Fürsorgeaufgaben der Krankenkassen mit Leistungen anderer Versicherungsträger verwandt ist. Dabei sind die Leistungen, entsprechend der Aufgabenstellung, untereinander nicht gleich groß. Gesetzlich ist allen Versicherungszweigen bei Durchführung der Fürsorgeaufgaben die gegenseitige Unterstützungspflicht auferlegt. Sie ist in dem Begriff der Rechtshilfe festgelegt (§§ 116 RVO., 318 AVG., 220 RKG. und 204 AVAVG.). Dazu gehört die Auskunftspflicht bei dienstlichen Geschäften. Doch die Rechtshilfe wäre als Faktor der Zusammenarbeit ein ungenügendes Bindeglied ohne die Beziehungen, die sich durch die gegenseitigen Versicherungsleistungen ergeben.

An der Zusammenarbeit der einzelnen Versicherungsträger können wir am besten die sozialpolitische Absicht der Gesetzgebung erkennen, wie sie auch unserer nationalsozialistischen Auffassung entspricht; dabei ist es zweckmäßig, den größten Versicherungsträger, die Krankenkassen, und damit als größten Versicherungszweig die Krankenversicherung in ihrer Beziehung zu den anderen Versicherungszweigen zu betrachten.

Krankenversicherung und Unfallversicherung.

Nahezu alle gegen Krankheit versicherten Volksgenossen unterstehen gleichzeitig dem Schutz der reichsgesetzlichen Unfallversicherung. Die frühere Regelung bestimmte für die ersten 13 Wochen nach dem Unfall die Krankenversicherung und vom Beginn der 14. Woche ab den Träger der Unfallversicherung, zur Leistungspflicht. Da aber erfahrungsgemäß ein großer Teil der Unfallverletzungen vor Ablauf der 13 Wochen abheilte, so war die Unfallversicherung in nur sehr wenigen Fällen leistungspflichtig; dies wurde im zweiten Gesetz über Änderungen in der Unfallversicherung vom 14. Juli 1925 geändert, in welchem den Trägern der Unfallversicherung ein maßgebender Einfluß auf das Heilverfahren und ein weitgehendes Bestimmungsrecht über seine Gestaltung zugestanden wurde.

Die Zusammenarbeit der beiden Versicherungsträger ist in der Reichsversicherungsordnung § 1501—1513 (V. Buch) geregelt; hierzu wurden noch zahlreiche Richtlinien und Bestimmungen vom Reichsversicherungsamt erlassen. Die Ansprüche des infolge eines Betriebsunfalles bzw. des an einer Berufskrankheit erkrankten Versicherten, sind in den § 557 a und 559 f—k der RVO. festgelegt. Danach genießt der unfallverletzte Krankenversicherte die gleichen Leistungen der Krankenversicherung, auf die er im Falle einer Erkrankung Anspruch hat. Die wichtigste Aufgabe der Krankenversicherung in ihren Beziehungen zur Unfallversicherung liegt in der Mitwirkung und Unterstützung bei der Durchführung des Unfallheilverfahrens.

Weiterhin sind die Krankenkassen den Trägern der Unfallversicherung gegenüber auskunfts- und anzeigepflichtig bei Erkrankungen, welche Folgen von Unfällen sind. Die Berufsgenossenschaften, als Träger der Unfallversicherung, sind sogar berechtigt, jederzeit Auskunft über Behandlung und Zustand der Unfallverletzten zu verlangen. Die Krankenversicherungsträger werden bei Nichteinhaltung dieser Bestimmungen mit Ordnungsstrafen belegt. Bei der Einleitung und Durchführung berufsgenossenschaftlicher Heilverfahren sehen wir am besten die mitwirkende Tätigkeit der Krankenkassen im Durchgangsarztverfahren.

Hierbei ist die Krankenkasse verpflichtet, den Unfallverletzten sofort einem von der Berufsgenossenschaft benannten Arzt vorzustellen; außerdem muß sie Versicherte, mit einer bestimmten Art von schweren Verletzungen, einem besonders bezeichneten Arzt oder in eine bestimmte Heilanstalt überweisen. Die Beziehungen zwischen den Trägern der Unfall- und Krankenversicherung hinsichtlich der Durchführung berufsgenossenschaftlicher Behandlung und etwa notwendig werdender Heilverfahren sowie Kostenerstattung sind durch Verordnung des RAM. vom 15. 6. 1936 neu geregelt.

Krankenversicherung und Invalidenversicherung.

Der Kreis der Invalidenversicherten stimmt im allgemeinen mit dem Kreis der Krankenversicherten überein. Da in der Regel verschiedene Versicherungsfälle vorliegen, werden Leistungen der Kranken- und Invalidenversicherung nebeneinander gewährt. In den Fällen der Gewährung von Heilverfahren an Krankenversicherte durch die Träger der Invalidenversicherung, sind die Krankenkassen der Invalidenversicherung gegenüber ersatzpflichtig und zwar in der Höhe des Krankengeldes, auf das der Versicherte während der Dauer des Heilverfahrens Anspruch hätte. Weiterhin sind die Krankenkassen verpflichtet, die Versicherungskarten in der Invalidenversicherung auszustellen und umzutauschen. In Erkenntnis der besonderen Bedeutung des Zusammenwirkens der Kranken- und Invalidenversicherung auf dem Gebiet der Bekämpfung von Volkskrankheiten und der Förderung der Bevölkerungspolitik, hat die nationalsozialistische Regierung in die bestehenden Zustände eingegriffen und ist mit dem Gesetz über den Aufbau der Sozialversicherung vom 5. Juli 1934 zu einer Neugestaltung der Verhältnisse geschritten. Der Kernpunkt dieses Gesetzes ist die Zusammenfassung der Krankenversicherung und der Invaliden- und Angestelltenversicherung, zur Erfüllung von Aufgaben, die zweckmäßigerweise nicht von der einzelnen Krankenkasse für ihren Bezirk, sondern für einen größeren Bereich gemeinsam durchgeführt werden. So verkörpern die Landesversicherungsanstalten die Durchführungsorgane für die im Gesetz genannten Gemeinschaftsaufgaben.

In der dritten Verordnung des Reichsarbeitsministers vom 18. 12. 1934 werden als solche Gemeinschaftsaufgaben genannt:

Der Betrieb von Heilanstalten, Erholungs- und Genesungsheimen und ähnlichen Einrichtungen sowie der vertrauensärztliche Dienst, die Durchführung der vorbeugenden Gesundheitsfürsorge, sowie die Beteiligung an den Aufgaben der Bevölkerungs- und Gesundheitspolitik. Gerade die vorbeugende Gesundheitsfürsorge erhält

durch das Zusammenarbeiten der Versicherungsträger eine noch größere Bedeutung für die versicherte Bevölkerung.

Krankenversicherung und Angestelltenversicherung.

Die Leistungen dieser beiden Versicherungszweige laufen größtenteils nebeneinander. Verbindungen ergeben sich durch die Pflicht der Krankenkassen zur Ausstellung und zum Umtausch von Versicherungskarten für die Angestelltenversicherung und ferner bei der Durchführung von Heilverfahren durch die Versicherungsanstalt. Außerdem regelt ein Abkommen zwischen der Reichsversicherungsanstalt und den Spitzenverbänden der Krankenkassen eine reibungslose Zusammenarbeit.

Krankenversicherung und Arbeitslosenversicherung.

Durch das Gesetz über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung wurde 1927 der jüngste Versicherungszweig der deutschen Sozialversicherung geschaffen. Durch die Versicherungspflicht gegen Arbeitslosigkeit an Beschäftigungen, in denen der Arbeiter pflichtversichert ist, ergab sich schon eine enge Verbindung der beiden Versicherungsträger. Der Kreis der für den Fall von Arbeitslosigkeit zu versichernden Personen mußte aber hinsichtlich der Höhe des Einkommens weiter gezogen werden als in der Krankenversicherung, denn das Eintreten von Arbeitslosigkeit traf den Arbeitnehmer ungleich härter als das Eintreten einer Krankheit; andererseits befreite man einen Teil der Krankenversicherungspflichtigen von der Pflicht der Arbeitslosenversicherung wegen sogenannter „geringfügiger Beschäftigungen".

Da sich trotz dieser Abweichungen im großen und ganzen der Kreis der von beiden Versicherungszweigen Betreuten deckte, lag es auch nahe, verwaltungsmäßig die seit Jahrzehnten bewährte Einrichtung der Krankenversicherung als Vorbild zu nehmen. Neben der gemeinsamen Beitragseinziehung können wir jedoch die engen Beziehungen am besten an der Tatsache erkennen, daß die Arbeitslosen während des Bezuges der Unterstützung für den Fall der Krankheit versichert sind. Die Richtlinien, die 1927 bei der Schaffung der Arbeitslosenversicherung zugrundegelegt wurden, haben sich fast unverändert erhalten.

Krankenversicherung und Reichsversorgung.

Gegen Ende des Weltkrieges mußte die Frage der Krankenversicherung der Kriegsbeschädigten und Kriegshinterbliebenen, die in einem ungeahnten Umfange auftrat, einer Lösung zugeführt werden.

Da die Versorgungsgesetzgebung der Vorkriegszeit infolge der großen Zahl der in Frage kommenden Kriegsbeschädigten nicht mehr angewandt werden konnte, wurde am 12. Mai 1920 das Reichsversorgungsgesetz geschaffen, welches sich hinsichtlich der Krankenversorgung auf das engste an die Reichsversicherungsordnung anlehnte. Da die Heilbehandlung natürlich im Vordergrunde stand, wurde im neuen Versorgungsrecht den durch das Gesetz erfaßten Kriegsbeschädigten zum erstenmal ein Rechtsanspruch eingeräumt. Die Durchführung der Heilbehandlung wurde seit Inkrafttreten des Gesetzes grundsätzlich den Krankenkassen übertragen, wobei die Mitgliedschaft zur Krankenkasse keine Rolle spielte. Das geschah aus dem Gesichtspunkt heraus, weil ja schon ein großer Teil Krankenkassenmitglied war und man andererseits nicht eine neue Institution für die Durchführung der Betreuung der Kriegsbeschädigten und Kriegshinterbliebenen schaffen wollte. Mit diesem Gesetz waren also die Kriegsbeschädigten den Sozialversicherten gleichgestellt; den Krankenkassen wurde für diese Mehrbelastung ein Ersatz gewährt. Besonders wichtig im Reichsversorgungsgesetz ist die Bestimmung über die Dauer der zu gewährenden Heilbehandlung; danach wird die Heilbehandlung auf Anordnung der Verwaltungsbehörden der Reichsversorgung solange fortgesetzt, bis eine Besserung des Gesundheitszustandes oder eine Steigerung der Erwerbsfähigkeit nicht mehr zu erwarten ist, ohne Rücksicht auf die bestehenden Satzungen der Krankenkassen.

Als Vorläufer des neuen nationalsozialistischen Versorgungsrechts wurden nach der Machtergreifung Erleichterungen auf dem Gebiete der Krankenscheingebühr und der orthopädischen Versorgung getroffen und damit wenigstens anfänglich das Los der kriegsbeschädigten Frontsoldaten und der Kriegshinterbliebenen erleichtert.

In der Krankenversicherung, dem größten Zweig der Sozialversicherung, steht die Heilbehandlung im Mittelpunkt der ärztlichen Tätigkeit; weiterhin leistet der Arzt bei Erkennung und Bekämpfung der Berufskrankheiten, die ja heute einen wichtigen Teil der Unfallversicherung ausmachen, wertvolle Arbeit. Die Grundlage aber für die gesamte Rentenbewilligung bildet die ausgedehnte ärztliche Gutachtertätigkeit und auf gleicher Stufe mit ihr steht die gesamte vertrauensärztliche Tätigkeit.

Der Staat trifft durch die Sozialversicherung Fürsorge für die Gesamtheit der Arbeiter bei Krankheit, Unfall, Invalidität und Alter. Auf gesundheitlichem Gebiete will er die breiten Volksschichten an rechtzeitiges Aufsuchen des Arztes gewöhnen; er

trifft Maßnahmen zur Vorbeugung gegen Erkrankungen und sorgt für die Durchführung hygienischer Gebote. Dabei ist der Grundgedanke nicht die Gewährung von Almosen, sondern der Erhaltungswille und das Verantwortungsgefühl wird in den Kreisen bestärkt, die selbst die Vorteile der Reichsversicherung genießen.

Wir sehen also klar, daß der Arzt in seinem ganzen Berufe von der Sozialversicherung erfaßt ist und um es mit den Worten des Leiters der KVD. Dr. Grote auszudrücken: „Der Arzt ist in seinem Dienst für die Gesundheit des Volkes und des einzelnen Volksgenossen sozusagen von der Sozialversicherung verhaftet". Soll eine gemeinsame fruchtbare Arbeit entstehen, so muß eine natürliche, lebensbejahende, gegenseitige Bindung bestehen, die dann erst die segensreichen Wirkungen entstehen läßt, die zum Nutzen beider Teile sind. Wenn dieses natürliche Zusammenwirken von Ärzteschaft und den Trägern der Sozialversicherung früher nicht bestanden hat, so war es nur ein Beweis für die Mißerfolge, die erzielt wurden. Da die Sozialversicherung mit ihren sechs großen Unterabteilungen ein sehr weitverzweigtes Gebilde darstellt, so muß die Stellung des Arztes unter verschiedenen Gesichtspunkten verschieden beleuchtet werden. Es lassen sich verschiedene Gebiete aufzeigen, auf denen der Arzt praktisch seinem Beruf nach in der Sozialversicherung tätig wird.

1. In der Behandlung, die dem Versicherten im Krankheitsfalle zuteil wird, übt der Arzt unmittelbare Tätigkeit aus. Ja nicht nur für den Augenblick der Erkrankung, sondern auch für die weitere Auswirkung liegt es entsprechend der ärztlichen Ethik in seiner Hand, die seelische Haltung des Kranken zu beeinflussen und neben der ärztlichen Versorgung in ihm den Willen zur Gesundung wachzurufen.

2. Als Ratgeber sehen wir den Arzt im nationalsozialistischen Staat in seiner Eigenschaft als Beirat bei den Versicherungsträgern, denen er auf Grund seiner besonderen Erfahrung sein Wissen uneigennützig zur Verfügung stellt. Wirklich lange genug hat es gedauert, bis der Arzt Eingang in die Beiräte fand; dort wird er nach dem Wortlaut des Gesetzes über den Aufbau der Sozialversicherung vom 5. Juli 1934 zum Wahrer der allgemeinen gesundheitlichen Belange des deutschen Volkes. So haben die Berufsgenossenschaften, Reichsversicherungsanstalt für Angestellte, die Landesversicherungsanstalten und das Reich als Träger der Reichsversorgung, geeignete Ärzte in ihre Verwaltungsorgane berufen.

3. Als Gutachter spielt der Arzt in den verschiedenen Zweigen der Sozialversicherung eine bedeutende Rolle. Die unzähligen Leistungen der Versicherungen, die dem durch Krankheit oder Unfall

Geschädigten oder dem wirtschaftlich Schwachen zu gute kommen, sind abhängig von dem Urteil des Arztes. Wenn er oft auch selbst nicht entscheidet, so gibt doch seine Stimme in vieler Hinsicht den Ausschlag entweder auf die Gewährung oder doch auf die Höhe der Zuwendung von seiten des Versicherungsträgers; daß dazu neben der Rentenbegutachtung auch die gesamte vertrauensärztliche Tätigkeit gehört, wurde bereits erwähnt.

In den vielen Fällen seiner praktischen Tätigkeit, in denen sich der Arzt schriftlich irgendwie zu äußern hat, handelt es sich mehr um eine Zeugenschaft, als um eine abwägende Begutachtung; er bezeugt und bescheinigt das, was er infolge Aufnahme der Vorgeschichte, auf Grund eigener Wahrnehmung und in manchen Fällen an Hand von Aufzeichnungen über die Behandlung eines Kranken selbst weiß und bezeugen kann; er stellt ein Zeugnis, eine Bescheinigung oder ein Attest aus. Ist diese Auskunft auch von erhöhtem Werte, weil sie von einem zugleich sachverständigen Zeugen gegeben ist, so kann und soll sie doch gewöhnlich und von vornherein eine eigentliche Stellungnahme des Arztes zu irgendwelchen rechtlichen Fragen nicht einschließen. Ein ursächlicher Zusammenhang z. B. kann in der Regel ärztlich nicht bezeugt, sondern nur begutachtet werden. Damit ist das Wesen des Zeugnisses umrissen, welches der Arzt durch die Tätigkeit der Begutachtung erstellt.

Zum Unterschied hiervon kennen wir als Ergebnis der ärztlichen Gutachtenerstattung das Gutachten. Dieses bedeutet für den Arzt, aus erschöpfender ärztlicher Fachkunde und ausreichender Kenntnis des entsprechenden Rechtsgebietes nach Tatbeständen, über die er einen vollen Überblick hat oder sich nötigenfalls vorher verschaffen muß, zu bestimmten Fragen ein eigenes begründetes Urteil abzugeben. Nur unter diesen Voraussetzungen entsteht das Gutachten, eine besondere wissenschaftliche Leistung des ärztlichen Sachverständigen. Im Rahmen der Sozialversicherung handelt es sich meistens um ein Zeugnis mit Gutachten.

Das Aufgaben- und Tätigkeitsgebiet des Arztes in der Sozialversicherung zeigt sich hinsichtlich seiner Gutachtertätigkeit am besten in den einzelnen Zweigen des gesamten Versicherungswerkes.

A) Krankenversicherung.

Betrachten wir den Kassenarzt, so finden wir auch bei ihm neben der rein praktischen Tätigkeit, die er als behandelnder Arzt ausübt, einen großen Komplex ärztlicher Fragen, bei denen er sich gutachtlich betätigt. Er hat maßgeblich zu beurteilen und praktisch

auch zu entscheiden wann, in welchem Umfange und in welcher zeitlichen Begrenzung Leistungen der Krankenkassen fällig werden. Vor allem begutachtet er:

a) die Arbeitsunfähigkeit,

b) die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung,

c) die Feststellung des voraussichtlichen Zeitpunktes der Entbindung.

Im Rahmen der Krankenhausbehandlung ergeben sich weiterhin hauptsächlich die Begutachtungen über besondere Heilmaßnahmen oder auch Anträge auf Verschickungen in Genesungsheime oder Heilanstalten. Gutachtlichen Charakter tragen ferner alle die zahlreichen Auskünfte, die der Arzt auf Anfragen der Kasse über Betriebs- oder sonstige Unfälle erteilt, denn sie sind von gleicher Bedeutung sowohl für den Versicherten als auch für die Kasse.

Bei der Durchführung seiner Aufgaben ist der Kassenarzt an eine Reihe von bestehenden Vorschriften und Verordnungen gebunden, die er besonders beachten muß. Die wichtigsten sind:

1. Richtlinien des Reichsausschusses für Ärzte und Krankenkassen für die Anwendung elektrophysikalischer Heilmethoden vom 26. April 1932.
2. Richtlinien für die Verordnung von Krankenhauspflege vom 22. Juni 1932.
3. Richtlinien über die wirtschaftliche Verordnung von Heilmitteln vom 24. Februar 1933.
4. Bestimmungen des RAM. über wirtschaftliche Arzneiverordnung in der Krankenversicherung vom 24. August 1935.

Ad a) Unter Arbeitsunfähigkeit in der Krankenversicherung verstehen wir die Unfähigkeit eines Kassenmitgliedes, seinen bisherigen Beruf auszuüben. Bei Ungeübten oder bei Gelegenheitsarbeitern ist ihre letzte Tätigkeit bzw. der allgemeine Arbeitsmarkt maßgebend. Als auslösende Ursache kommt Krankheit in Frage, das heißt ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, der Heilbehandlung oder Arbeitsunfähigkeit oder beides bedingt. Der Zustand der Arbeitsunfähigkeit in der Krankenversicherung ist also verhältnismäßig häufig gegeben, z. B. bei einem Panaritium am rechten Zeigefinger bei einem Feinmechaniker, wobei sich der Begriff nicht deckt mit der Arbeitsunfähigkeit in der Arbeitslosenversicherung.

Ad b) Die Notwendigkeit einer Krankenhauseinweisung ist in Anbetracht der wirtschaftlichen Lage der Krankenversicherung genauestens zu prüfen; sie ist nur vorzunehmen, wenn die Behandlung im Hause des Kranken nicht zum Ziele führt. Dabei

sind die Krankenhauseinweisungsscheine sorgfältig und vollständig auszufüllen, denn sie dienen dem Interesse des Kranken durch Angaben über die vorangegangene Behandlung, sie geben dem prüfenden Vertrauensarzt unter anderem die Möglichkeit einer gerechten Nachprüfung und sie gewähren dem einweisenden Arzt Schutz bei etwa später auftretenden Zweifeln über die tatsächliche Notwendigkeit der angeordneten stationären Behandlung.

Die Krankenhausaufnahme ist also an eine Reihe von Voraussetzungen gebunden. Unter Einhaltung dieser Vorschriften darf sie ärztlicherseits gemäß Verordnung vom 22. 6. 1932 im allgemeinen nur angeordnet werden beim Vorliegen schwerer genau festgelegter Krankheitsbilder.

Bei einer ganzen Reihe von leichten Erkrankungen ist die Krankenhauseinweisung auch möglich, wenn sie durch besondere Umstände ausreichend vom Arzt begründet wird.

Ad c) Da nach § 195 a der Reichsversicherungsordnung die Wochenhilfe bei Schwangeren in Form des Wochengeldes schon vier Wochen vor der Entbindung einsetzt, und die Krankenkassen auf die gutachtliche Äußerung des Arztes angewiesen und zahlungspflichtig sind, selbst wenn der vom Arzt angegebene Niederkunftstermin erheblich überschritten wird, so sind die Niederkunftsbescheinigungen mit größter Sorgfalt auszustellen; beim Versagen des Arztes können den Kassen große finanzielle Belastungen erwachsen. Das gleiche gilt für Bescheinigungen, auf Grund deren Ansprüche auf Beiträge zu Schwangerschaftskosten geltend gemacht werden wollen. In den diesbezüglichen Ausführungsbestimmungen (OrtskrK. Jahrg. 1935, S. 422 ff.) finden wir:

„Findet eine Entbindung nicht statt, so sind als Betrag zu den Schwangerschaftsbeschwerden RM 6.— zu zahlen. Die Zahlung setzt voraus, daß Schwangerschaftsbeschwerden vorliegen müssen. Die mit einer Fehlgeburt einhergehenden Beschwerden sind keine Schwangerschaftsbeschwerden und rechtfertigen daher nicht die Zahlung des Beitrages, wohl aber die der Fehlgeburt vorausgehenden Beschwerden. Bei der Zahlung dieses Beitrages ist es nicht erforderlich, daß Kosten entstanden sein müssen."

Zum Eintritt eines Versicherungsfalles muß also die unter a) genannte Voraussetzung vorhanden sein, wobei die letzten Wochen der Schwangerschaft, Entbindung und Wochenbett, versicherungsrechtlich als der Krankheit gleichgeachtete Zustände angesehen werden.

Aus der Begriffsbestimmung der Krankheit ergibt sich, daß der Versicherungsfall in dem Augenblick beginnt, in dem die Krankenpflege notwendig wird oder Arbeitsunfähigkeit eintritt. Im Falle von chronischen Erkrankungen, die schubweise verlaufen und mit

sogenannten krankheitsfreien Perioden einhergehen, muß der Arzt genau beurteilen, ob krankheitsfreie Perioden vorgelegen haben und damit also ein neuer Versicherungsfall gegeben ist, oder ob eine fortlaufende Behandlung notwendig ist. Es wird dabei an einzelne Schübe von Tuberkulose oder Rheumatismus oder auch an abgesetzte Kuren bei Lues gedacht.

Arbeitsunfähigkeit im Sinne der Krankenversicherung liegt auch vor, wenn der Versicherte infolge Krankheit nicht mehr oder doch nur mit der Gefahr, seinen Zustand zu verschlimmern, fähig ist, seine bisher d. h. bis zum Eintritt der Erkrankung ausgeübte Berufsarbeit zu verrichten. — Besonders schwer ist auch die Beurteilung der nicht mehr bestehenden Arbeitsunfähigkeit, wenn z. B. objektiv nichts nachzuweisen ist und der Arzt lediglich auf die subjektiven Beschwerden des Versicherten angewiesen ist, die im Augenblick vorgebracht werden. Für die absolute Mehrzahl der Fälle werden wir uns an einen objektiven Befund halten müssen. Da bekanntlich das Krankengeld vom vierten Tage an in Höhe des halben Grundlohnes gewährt wird und ein Sonntag als letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit nicht entschädigt wird, so versuchen viele Versicherte, in Kenntnis dieser Bestimmung, sich auch für Montag noch arbeitsunfähig schreiben zu lassen; dadurch erhalten sie die Bezüge für zwei Tage weiter und der Kasse entstehen bei Summierung solcher Fälle unnötige Ausgaben. Auch das Vorliegen eines sogenannten Arbeitsversuches, eines mißglückten Arbeitsbeginnes, d. h. also einer Arbeit, die schon bei ihrem Antritt z. B. wegen Trunksucht den Keim zur Auflösung des Arbeitsvernältnisses in sich trug, ist dem ärztlichen Urteil unterworfen.

Der Vertrauensarzt trat in der Krankenversicherung in Erscheinung, als durch eine Verordnung vom 26. 7. 1930 den Krankenkassen die Einrichtung des vertrauensärztlichen Dienstes reichsgesetzlich zur Pflicht gemacht wurde. In der öffentlichen Meinung wurde nach der nationalsozialistischen Revolution diese Einrichtung von Kontrollärzten, die zudem lediglich als „Gesundschreiber" angesehen wurden, einer besonders scharfen Kritik unterzogen, ja es wurde sogar die radikale Beseitigung gefordert, weil bekannt war, daß ein großer Teil ganz nach den Wünschen marxistischer Machthaber sein Amt ausgeübt hatte. Doch diese extremen Forderungen hatten sich schnell überholt. Nach Überprüfung des finanziellen Zustandes der Krankenversicherung konnte kein Zweifel mehr bestehen über die absolute Notwendigkeit des vertrauensärztlichen Dienstes. Eine geordnete Verwaltung mußte darnach streben, den Leistungsvoraussetzungen eine möglichst gesicherte Grundlage zu geben. So fiel den Vertrauensärzten die Aufgabe der sachverständigen Beratung und der Nachprüfung der Tätigkeit

der behandelnden Ärzte zu. Was an der seitherigen Einrichtung des vertrauensärztlichen Dienstes bemängelt wurde und was als falsch erkannt worden war, wurde beseitigt und durch das Aufbaugesetz sowie durch spätere Verordnungen, vor allem durch den Erlaß des Reichs- und Preußischen Arbeitsministers vom 30. 3. 1936, die neuen Aufgaben festgelegt. Die Rechte und Pflichten des Vertrauensarztes sind in einer Reihe von Bestimmungen festgelegt. So finden wir in § 12 des Nachtrages vom 15. 7. 1936:

„Der Vertrauensarzt hat seine vertrauensärztlichen Gutachten lediglich nach pflichtgemäßem Ermessen und nach seiner ärztlichen Überzeugung zu erstatten."

Außerdem besitzt er das Recht, soweit es für die Durchführung seiner Aufgaben erforderlich ist, die Unterlagen für sein Gutachten sich auch in Krankenhäusern, Kuranstalten und Genesungsheimen zu verschaffen. Zu diesem Zwecke kann er schriftliche oder mündliche Auskünfte der behandelnden Ärzte anfordern und eine Untersuchung des Kranken in der Anstalt im Beisein des behandelnden Arztes vornehmen. Die Untersuchung ist so vorzunehmen, daß die Autorität des behandelnden Arztes darunter nicht leidet, und daß der Dienstbetrieb der Anstalt nicht mehr beeinträchtigt wird, als es der Zweck der Untersuchung unbedingt erfordert. Über das Ergebnis der Untersuchung darf in Gegenwart des Patienten nicht gesprochen werden.

Die im vertrauensärztlichen Dienst tätigen Ärzte beraten und unterstützen die Krankenkassen bei der Ermittlung und Feststellung der Voraussetzungen für die Leistungspflicht und den Leistungsumfang in den einzelnen Versicherungsfällen. Der Vertrauensarzt begutachtet auch, soweit erforderlich, die Einweisung in ein Krankenhaus, eine Kuranstalt oder ein Genesungsheim und den Verbleib über den Einweisungstermin hinaus.

Auf Grund seiner fachlichen Ausbildung prüft er völlig unabhängig die Diagnose des behandelnden Arztes und trifft unparteiisch seine Entscheidung. Er ist für alle Beteiligten eine Vertrauensperson, also für die Kasse, für den Versicherten und für den ärztlichen Kollegen.

Seiner Stellung als Gutachter kann der Vertrauensarzt nur gerecht werden, wenn die Freiheit seines Gutachtens ebenso gewahrt wird, wie die des behandelnden Arztes.

Der Kasse gegenüber ist der Vertrauensarzt verpflichtet, das von ihr geforderte Gutachten zu erstatten über:

a) Beginn und Ende der Arbeitsunfähigkeit;
b) Wirtschaftlichkeit der Verordnungen des behandelnden Arztes, besonders insofern sie ärztliche Sachleistungen betreffen.

Die Tätigkeit des Vertrauensarztes dient einerseits der Kasse,

sie dient aber auch unmittelbar dem einzelnen erkrankten Mitglied. Eine einseitige Interessenwahrnehmung der Kasse ist ihm verboten. Nach den Richtlinien vom 21. Mai 1931 werden bei Nachprüfung der Arbeitsunfähigkeit die Unterlagen und Bescheinigungen einer Prüfung unterzogen und außerdem wird die Diagnose oder der Befund kontrolliert. Eine besondere Nachprüfung ist in folgenden Fällen erforderlich:

a) Verdacht auf Vortäuschung oder Übertreibung von Krankheiten oder Beschwerden.
b) Fehlende Übereinstimmung des Verhaltens des Kranken mit der Krankheitsbezeichnung des behandelnden Arztes.
c) Übertretung der Krankenordnung.
d) Plötzlich ansteigender oder auffallend hoher Krankenstand.
e) Auf Wunsch des behandelnden Arztes, auf Wunsch des Kranken oder einer Vertragspartei.
f) Bei auffallend langer Krankheitsdauer überhaupt, oder bei längerer Krankheitsdauer bei gleichzeitigen leichteren Krankheitserscheinungen.
g) Bei ungenauen und unklaren Krankheitsbezeichnungen z. B. Kopfschmerzen, Augen-, Ohren-, Nervenkrankheiten, Magen- und Unterleibsbeschwerden.
h) Bei Angabe folgender Krankheitsbezeichnungen ohne näheren Angaben (wie z. B. Bettlägerigkeit, fieberhaft und Ähnliches), die aber das Vorliegen von Arbeitsunfähigkeit erkennen lassen:
Grippe, Influenza, Erkältung, Lungenspitzkatarrh, Rheuma, Blutdrucksteigerung, Arteriosklerose, Herzschwäche, Nervenschwäche, Neurasthenie, Blasenkatarrh, Magenkatarrh, Darmkatarrh, Rekonvaleszenz, Erschöpfungszustand nach schweren Erkrankungen oder sonstigen Krankheiten, die eine Verschickung oder ein sonstiges besonderes Heilverfahren erforderlich machen können.

Das Ergebnis dieser Nachuntersuchung ist dem behandelnden Arzt mitzuteilen, wenn es in wesentlichen Punkten von seiner Ansicht abweicht. Kommt es zur Anrufung eines Obergutachters, so kann das entsprechende Obergutachten auch durch ein Krankenhaus erstattet werden.

Aus den Vereinbarungen, die über die Zusammenarbeit von Krankenkassen und Krankenhausverwaltungen getroffen wurden, ist wichtig, daß sich der Vertrauensarzt, soweit erforderlich, persönlich mit dem leitenden Arzt oder mit dem Abteilungsarzt des Krankenhauses in Verbindung setzen kann, um von ihm die notwendigen Angaben für sein Gutachten zu erhalten, das er der Krankenkasse gegenüber zu erstatten hat.

Neben dieses große, oben aufgezeigte gutachtliche Aufgabengebiet des Vertrauensarztes tritt sein Tätigkeitsbereich im Rahmen der Durchführung von Gemeinschaftsaufgaben, nachdem hierzu durch das Aufbaugesetz eine Abteilung „Krankenversicherung" in der Landesversicherungsanstalt geschaffen wurde. Hier wirkt er vor allem bei Aufgaben mit, die dem Gebiete der Gesundheitsfürsorge, sowie der Erb- und Rassenpflege angehören. Da die Regelung des vertrauensärztlichen Dienstes bei der Landesversicherungsanstalt verankert ist, befinden sich bei ihren unteren Verwaltungsbezirken sogenannte vertrauensärztliche Dienststellen, die natürlich gleichzeitig eine enge Verbindung mit den Kassen und den Großbetrieben, für die eine Betriebskrankenkasse errichtet ist, anstreben. Gleichzeitig wird darauf gesehen, daß der Versicherte auch leicht den Vertrauensarzt erreichen kann. Auf rund 25 000 Versicherte entfällt dabei ein hauptamtlicher Vertrauensarzt. Bei der Bestellung von nebenamtlichen Vertrauensärzten können außer freiberuflich tätigen Ärzten auch beamtete, oder bei Behörden oder öffentlich-rechtlichen Körperschaften angestellte Ärzte sowie Fabrikärzte herangezogen werden, sofern sie die Voraussetzungen erfüllen, die für die Tätigkeit als Vertrauensarzt festgesetzt sind. Es wird eine entsprechend geringere Versichertenzahl zugrunde gelegt. In geeigneten Fällen können zur Ergänzung und Unterstützung des vertrauensärztlichen Dienstes von der kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands bezeichnete Ärzte (Fachärzte) herangezogen werden.

Durch die Unabhängigkeit von jeglichem Vertragsverhältnis bei den einzelnen Krankenkassen gibt der Vertrauensarzt als Beamter oder Angestellter der Landesversicherungsanstalt die Gewähr einer unparteiischen und gerechten Entscheidung in allen Fällen seiner gutachtlichen Tätigkeit.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß der nationalsozialistische Staat mit dem vertrauensärztlichen Dienst eine Zentralisation der Begutachtung erstrebt, die allen Versicherungsträgern zugängig ist; er will mit anderen Worten die gesundheitliche Durchforschung der gesamten Bevölkerung und die rassenhygienische Auswertung der Untersuchungsergebnisse. Auf diese Weise wird der Tuberkulose in allen Erscheinungsformen ebenso wie den anderen wichtigen Volkskrankheiten der Kampf angesagt.

Der Verfasser hatte selbst Gelegenheit, an dem großen statistischen Material der Ortskrankenkasse München-Stadt in den letzten Jahren diesbezügliche Erhebungen anzustellen und es konnte die Notwendigkeit und die Bedeutung einer solchen Untersuchungsmethode bestätigt werden, vor allem hinsichtlich Tuberkulose, Schizophrenie und Diabetes.

B) Unfallversicherung.

Für den Arzt, der als Begutachter in der Sozialversicherung tätig sein soll, genügt es nicht, klare und richtige Vorstellungen von dem Werden und Geschehen des krankhaften Prozesses im menschlichen Körper zu haben, genügt es nicht, wenn er die modernen diagnostischen Hilfsmittel zu handhaben versteht und die Gedanken so klar niederschreiben kann, daß sie auch für andere Menschen und besonders für Nichtärzte überzeugend sind, sondern er muß darüber hinaus die gegenwärtigen wichtigsten Bestimmungen der deutschen Sozialversicherung kennen. Das haben schon die bedeutendsten Versicherungsfachleute besonders für die Unfallversicherung immer wieder betont *(Magnus)*. Über Spezialkenntnisse, wie etwa ein berufsgenossenschaftlicher Verwaltungsbeamter, braucht dabei der Arzt natürlich nicht zu verfügen; es genügt, wenn er die Bestimmungen kennt, die ihn bei seiner beratenden ärztlichen Tätigkeit berühren und wenn er in seinen Gutachten seinen Ausführungen Beweiskraft geben kann. Das ärztliche Gutachten, welchem man fast in jeder Zeile ansieht, daß dem Verfasser auch die primitivsten Begriffe der Sozialversicherung unbekannt sind, wird sich nie durchsetzen können *(Rostock)*.

Die Unfallversicherung, die die gewerbliche, die landwirtschaftliche und die See-Unfallversicherung umfaßt, gewährt folgende Leistungen:

1. Krankenbehandlung;
2. Berufsfürsorge;
3. Rente oder Krankengeld, Tagegeld, Familiengeld für die Dauer der Erwerbsunfähigkeit;
4. Sterbegeld;
5. Hinterbliebenenrente.

Daraus können wir auch das gutachtliche Tätigkeitsgebiet des Arztes ersehen.

Zu 1. Der Durchgangsarzt ist ein Konsultationsfacharzt der Berufsgenossenschaft, der bestimmte Verletzungsfälle auswählt und über die Unterbringung in besonderen Heilanstalten entscheidet. Für berufsgenossenschaftliche Krankenbehandlung in der Form von Heilanstaltspflege kommen besonders folgende Verletzungsarten in Frage:

a) alle Oberschenkelbrüche;
b) alle übrigen offenen Brüche,
c) die nicht offenen Brüche großer Röhrenknochen, wenn sie kompliziert sind:
durch starke Verschiebung, Verdrehung, Splitterung oder durch Mitverletzung großer Gelenke oder durch Sitz der Verletzung

in der Nähe großer Gelenke (mit Ausnahme des einfachen typischen Radiusbruches und der Brüche des Schlüsselbeines, des Schafts des Wadenbeines und des inneren Knöchels);

d) alle Wirbelsäulen- und Beckenbrüche;
e) alle Ausrenkungen großer Gelenke;
f) alle nicht sofort wieder eingerenkten Ausrenkungen kleiner Gelenke;
g) alle schweren Gelenkquetschungen mit Ausnahme der Quetschungen von Finger- und Zehengelenken;
h) alle Verletzungen großer Nervenstämme an Armen und Beinen;
i) alle Verletzungen wichtiger Sehnen, besonders an den Fingern;
k) alle schweren eitrigen Entzündungen, besonders an Hand und Fingern;
l) alle ausgedehnten oder tiefgehenden Weichteilverletzungen, besonders auch Verbrennungen, Augen- und Ohrenverletzungen, sofern sie nach fachärztlichem Urteil stationärer Behandlung bedürfen.

Mit diesem sogenannten Durchgangsarztverfahren trifft die Berufsgenossenschaft ihre Auswahl hinsichtlich unfallmedizinischer Versorgung der Verletzten. Die oben aufgezählten Verletzungsarten sind auch den Krankenkassen bekannt, so daß sie solche Verletzte direkt in die entsprechenden Krankenanstalten einweisen können. Außerdem ist es der Berufsgenossenschaft mit Hilfe des sogenannten Beratungsfacharztverfahrens möglich, in ländlichen Bezirken durch einen Kassenarzt die Verletzungsfälle nach eigenem Ermessen auswählen zu lassen, die dann dem Durchgangsarzt zugeführt werden sollen. Die im Industriegebiet befindlichen Unfallkrankenhäuser, sowie die berufsgenossenschaftlichen Behandlungsstellen (Ambulatorien), seien hier ebenfalls erwähnt.

Zu 2. Die Berufsfürsorge erstreckt sich auf Hilfe bei Wiedererlangung einer Arbeitsstelle nach völliger oder teilweiser Beseitigung eines Betriebsunfalles und evtl. auf Unterstützung bei Berufsänderungen, die infolge eines erlittenen Betriebsunfalles notwendig werden.

Zu 3. Der weitaus größte Beitrag ärztlicher Mitarbeit wird bei den Rentenverfahren der Unfallverletzten geleistet durch die Erstattung eines Gutachtens.

Gutachtenerstattung bei Unfällen im engeren Sinne.

Nach Abschluß des Heilverfahrens bei Unfallverletzten tritt im Falle des Zurückbleibens einer Minderung der Erwerbsfähigkeit die zweite Pflicht der Berufsgenossenschaft in Kraft, den Ausfall der Erwerbsfähigkeit durch eine Rente zu ersetzen. Die durch Unfall-

folgen bedingte Erwerbsfähigkeitsverminderung wird zunächst durch ärztliche Untersuchung geschätzt. Den Begriff der Erwerbsunfähigkeit kennen wir nur in der Unfallversicherung; sie stellt die völlige oder teilweise Unfähigkeit zur Erwerbstätigkeit auf dem gesamten Arbeitsmarkte dar.

Eine Unfallrente wird zunächst überhaupt nur gewährt, wenn über die 13. Woche nach dem Unfall eine unfallbedingte Erwerbsunfähigkeit vorliegt. Denjenigen Versicherten, die der Krankenversicherung unterstehen, kann von der Berufsgenossenschaft bis zum Ablauf der 26. Woche nach dem Unfall an Stelle der Rente ein Krankengeld gewährt werden. Während der Heilanstaltspflege fällt entweder die Rente oder das Krankengeld fort, jedoch erhält während dieser Zeit der Verletzte ein Tagegeld, die Angehörigen ein Familiengeld. Vollrente wird bei völliger Erwerbsunfähigkeit gewährt. Sie beträgt zwei Drittel des Jahresarbeitsverdienstes; bei teilweiser Erwerbsunfähigkeit entsprechend weniger.

Der Arzt, der sich mit Unfallbegutachtung beschäftigt, muß bei der Beurteilung der Erwerbsfähigkeitsminderung diese nicht hinsichtlich des Spezialberufes des Verletzten abschätzen, sondern muß immer den Maßstab am allgemeinen Arbeitsmarkte anlegen. Durchschnittswerte, die empirisch gefunden wurden und die dem begutachtenden Arzt wertvolle Hilfsmittel darstellen, sind in den sogenannten Rententabellen festgelegt. Der Gutachter muß sich fernerhin auf mindestens 5 % genau festlegen, wenn auch die Abschätzung oft sehr schwierig ist.

Bei der Rentenfestsetzung unterscheidet man in der Reichsversicherung sogenannte vorläufige Renten und Dauer-Renten. Erstere können erhöht oder erniedrigt werden und zwar auf Grund eines vom ersten Befund abweichenden Untersuchungsbefundes des Arztes; die Differenz gegenüber früher muß dabei mindestens 10 % betragen. Im ärztlichen Gutachten sind bei der Beurteilung des objektiven Befundes genau die Punkte aufzuzählen, bei denen die Untersuchung eine Änderung ergeben hat. Der wichtigste Termin für die ärztliche Begutachtung ist die Festsetzung der ersten Dauer-Rente. Sie ist dann festzusetzen, wenn im Zustande des Verletzten eine Beharrung eingetreten ist (glatter, komplikationsloser Gliedverlust); spätestens ist sie aber zwei Jahre nach dem Unfall festzusetzen. Dieser Termin ist deshalb so wichtig, weil anläßlich der Festsetzung der ersten Dauer-Rente der Zustand des Verletzten unabhängig von jeder früheren Begutachtung geschätzt wird, während z. B. bei allen anderen Rentenänderungen eine Besserung oder Verschlimmerung des Zustandes nur bezogen wird auf die für die letzte Rentengewährung maßgebende Begutachtung! Somit bleiben Fehler, die im Gutachten bei der Beurteilung zum

Ausdruck kommen, wenn sie einmal unterlaufen sind, unkorrigierbar erhalten und ziehen sich durch den ganzen späteren Rentenverlauf. Im ärztlichen Gutachten muß weiterhin deutlich zum Ausdruck gebracht werden, ob und welche regelwidrigen Befunde bei den Verletzten unabhängig vom Unfall bestehen, da auch sie in dem Rentenbescheid angegeben werden müssen. Die Dauer-Rente ist aber auch eine nicht für immer bestehende Rente, sondern kann vielmehr im Zeitraum von mindestens einem Jahr geändert werden, wenn sich der objektive Zustand des Verletzten geändert hat. Zur Änderung einer Dauer-Rente muß die Berufsgenossenschaft nicht unbedingt ein ärztliches Gutachten anfordern, wenn nach Prüfung der Sachlage ein solches ohne große Bedeutung ist, jedoch wird in den meisten Fällen praktisch ein solches erstattet. Der beste Beweis ist dabei immer der, der objektiv mit Daten belegt werden kann.

Für den Arzt ist die Beurteilung mehrerer zeitlich verschiedener Unfälle besonders schwierig vor allem, wenn es sich um verschiedene Verletzungen an derselben Körperregion mit verschiedenem Funktionsausfall handelt. In diesen Fällen dient das ärztliche Urteil für den Unfallverletzten zur Erlangung der Schonungs- oder Übergangsrenten, oder für bestimmte Verletzungsfolgen, die zu verschiedenen Zeiten in ihrer Intensität wechseln, zur Erlangung der Durchschnittsrente.

Eine ärztliche Bescheinigung ist auch notwendig, wenn in den Folgen eines Unfalles eine Verschlimmerung eingetreten ist, da die Berufsgenossenschaft zu einem Rentenerhöhungsantrag Stellung nehmen muß. Bestehen zwischen zwei ärztlichen Gutachten Differenzen hinsichtlich der unfallbedingten Erwerbsfähigkeitsverminderung, so besteht kein rechtlicher Anspruch auf Rentenerhöhung, wenn nicht die tatsächliche Verschlimmerung des objektiven Befundes nachgewiesen werden kann. Weiterhin tritt keine Rentenerhöhung ein, wenn ein rechtskräftig anerkanntes Leiden sich verschlimmert, das aber seinerzeit irrtümlich als Unfallfolge gedeutet wurde.

In der Frage der Abfindung ist es zweckmäßig, wenn der Arzt nur auf Anfrage hin Stellung nimmt, denn die Gewährung der Abfindung ist an eine große Zahl juristischer und verwaltungstechnischer Bestimmungen gebunden, die zu beherrschen für den Arzt außerordentlich schwierig ist. Sehr häufig wird der Arzt im Spruchverfahren, dem verwaltungsrechtlichen Streitverfahren des Unfallverletzten der Berufsgenossenschaft gegenüber, zugezogen und als Gutachter gehört, sofern es sich um die Entscheidung ärztlicher Fragen handelt. Der Verletzte kann dabei auf der Anhörung eines bestimmten Arztes als Gutachter bestehen; sehr häufig

werden auch andere Ärzte, als die seither in dieser Angelegenheit beschäftigten, als Gutachter gehört. Betrachten wir das Verhältnis eines Arztes zum Kranken und vergleichen es mit seiner Tätigkeit als Gutachter, so finden wir eine Verschiedenheit. Die vom Arzt geforderten Gutachten haben als Beweisgrundlagen in irgend einem Streitverfahren den Charakter von Urkunden. Der Arzt tritt hier im Gegensatz zu seiner Tätigkeit am Krankenbett als Sachverständiger auf, der durch seine gutachtlichen Ausführungen dem Richter oder dem Versicherungsträger die Unterlagen für einen entscheidenden Urteilsspruch gibt, wobei er selbst keine Entscheidung fällt. Der oberste Grundsatz jedes ärztlichen Gutachtens muß dabei sein: Strengste Objektivität und Unparteilichkeit.

Durch Einhaltung dieser Punkte steigt das Gutachten im Werte; die sogenannten Gefälligkeitsgutachten werden meistens schnell erkannt und sind dann die Ursache von Widerwärtigkeiten, indem sie im Kläger unberechtigte Begehrungsvorstellungen erwecken, die dann im Falle der Ablehnung eine umso größere Enttäuschung hervorrufen. Für den Arzt soll die einzige verpflichtende Richtschnur sein gutes Wissen und Gewissen sein.

Nicht selten kommt es vor, daß von zwei Gutachtern zwei verschiedene Ergebnisse stammen. Das kommt daher, daß es eben in allen Dingen, vor allem in Streitfällen und Grenzgebieten, in derselben Angelegenheit zwei verschiedene Ansichten gibt; es wäre falsch, sich deshalb zu verunglimpfen oder sich zu unberechtigter Kritik verleiten zu lassen. Daß jeder Gutachter an seine eigene Persönlichkeit und an allgemeine menschliche Schwächen gebunden ist, ist selbstverständlich, tut aber dem Wert seines Urteiles keinen Abbruch, sofern es nur mit großer Gewissenhaftigkeit verfaßt ist. Stets trägt der Gutachter die volle Verantwortung, wenn er sich auch anderer Hilfspersonen bedient. Erstattet er selbst aber ein wissentlich falsches Gutachten, so treten sogar Freiheitsstrafen ein. Für fahrlässig falsch erstattete Gutachten trifft keine gerichtliche Strafe zu, es ist aber für diesen Fall gut, wenn sich der Arzt durch Haftpflichtversicherung schützt, um den zivilrechtlich oft sehr unangenehmen Folgen aus dem Wege zu gehen. Unerläßlich für die Gutachtenerstattung ist die Aufzeichnung der objektiven Befunde in den Akten. In den Gutachten sollen auch immer die vom Verletzten vorgebrachten Beschwerden und Klagen Berücksichtigung finden. Äußerungen über Zusammenhangsfragen sind vor allem in Zeugnissen, die in die Hände von Privatpersonen gelangen, besonders vorsichtig zu behandeln.

In besonderen Fällen kann vom Arzt die Begutachtungstätigkeit abgelehnt werden (§ 77 StrGB. und § 1577 RVO.), andererseits kann er auch mit Ordnungsstrafen belegt werden, wenn er während

der Behandlungszeit Unfallverletzter den Berufsgenossenschaften auf Anfrage hin keine Antwort erteilt oder die Gutachtenerstattung unnötig lange verzögert. Vor Gericht kann der gutachtlich tätige Arzt beeidigt werden; er kann als Zeuge, als sachverständiger Zeuge oder als Sachverständiger vernommen werden.

Die ärztliche Schweigepflicht (§ 13 der Reichsärzteordnung, § 300 Reichsstrafgesetzbuch) entfällt im Bereich der Unfallversicherung, denn hier ist der Arzt zur Auskunft verpflichtet. In den anderen Fällen besteht die Möglichkeit, sich im Falle einer Auskunftserteilung von der ärztlichen Schweigepflicht entbinden zu lassen. Weiterhin hat nach § 1607 der RVO. der Unfallverletzte das Recht, eine Gutachtenabschrift zu verlangen und einzusehen. Was die Beweiskraft eines Gutachtens anlangt, so ist seine Würdigung einzig und allein Sache des Richters.

Wir können zwei Arten von Gutachten unterscheiden:

a) das Formulargutachten,

b) das freie Gutachten.

Zu a) Da die Berufsgenossenschaften zur Durchführung eines Rentenverfahrens zahlreiche Unterlagen notwendig haben und da weiterhin ein Teil der Ärzte in der Begutachtung nicht geübt ist, wurden zur Erleichterung beider Teile zahlreiche Formulare eingeführt. An Hand dieser können die gestellten Fragen klar und erschöpfend beantwortet werden. Diese Gutachten befassen sich meistens mit kurzen Krankenauskünften und Krankheitsberichten; weiterhin gibt es Formulare zur Erstellung des kleinen oder großen ersten Rentengutachtens. Die Angaben dienen zur Feststellung der ersten Rente und sprechen sich jeweils über Vorgeschichte und gegenwärtigen Zustand des Verletzten aus, wobei genaue Angaben über Art und Entstehung der Verletzung, über den Befund und die bisherige Behandlung, sowie über die Klagen des Verletzten und die Verletzungsfolgen gefordert werden. Weiterhin müssen darin Angaben über die vom Unfall unabhängigen krankhaften Veränderungen sowie Angaben über die voraussichtliche Auswirkung der jetzigen Verletzungsfolgen enthalten sein. Eigene Formulare gibt es auch für die Gutachtenerstattung zum Zwecke der Einleitung eines Rentenverfahrens anläßlich von Erkrankungen und Schädigungen, die man unter der Bezeichnung „Berufskrankheiten" zusammenfaßt.

Zu b) Da der Arzt nach § 1543/d der RVO. verpflichtet ist, Auskunft über Behandlung und Zustand Unfallverletzter zu geben, so erstattet er auf Grund seiner Aufzeichnungen das sogenannte Freie Gutachten. Dieses enthält zweckmäßigerweise:

1. Vorgeschichte,
2. Augenblickliche Beschwerden,
3. Befund,
4. Beurteilung.

Je nach der Wichtigkeit des ursächlichen Zusammenhanges (besonders wichtig bei Berufskrankheiten) ist es notwendig, daß die Vorgeschichte länger oder kürzer ausgeführt wird; etwaige frühere Unfälle mit Rentengewährung müssen selbstverständlich erwähnt werden. Die Darlegung der Beschwerden ist dabei nicht leicht, weil oft erst durch Gegenfragen des Arztes wichtige Tatsachen gefunden werden, die für die weitere gutachtliche Beurteilung von Bedeutung sind. Der Befund muß alles Wesentliche enthalten und erschöpfend die gesamten Untersuchungsmethoden schildern, sowie die Ergebnisse, die damit erzielt wurden. Eine Gefahr stellt das Muster-Gutachten dar, weil das Arbeiten nach einem Schema bei der jeweils verschiedenen Lagerung der Fälle Wiederholungen bzw. das Unterlassen von Spezialuntersuchungen zur Folge hätte.

In der Schlußbeurteilung ist eine genaue Diagnose unerläßlich. Diese erleichtert das Arbeiten für ein etwaiges späteres Gutachten ungemein und gestattet bei Durchsicht der Akten, sich sofort eine Vorstellung über den betreffenden Fall zu machen. Eine exakte Diagnose stellt aber auch gleichzeitig die unumgängliche Grundlage für die Beurteilung von Zusammenhangsfragen dar. Da der Gesetzgeber zur Anerkennung der Entschädigungspflicht verlangt, daß mit „überwiegender Wahrscheinlichkeit" ein Zusammenhang zwischen einem körperlichen Zustand und einem Unfall besteht, so muß auch der begutachtende Arzt zu dieser Forderung Stellung nehmen, sofern nicht die besonderen Umstände eine andere Möglichkeit als die eines reinen Unfalles ausschließen. Weiterhin müssen diejenigen Zustände und Veränderungen nebeneinander aufgezählt werden, die unabhängig vom Unfall bestehen und diejenigen, welche als Folge des Unfalles zu bewerten sind. Daraus wird dann in Anlehnung an die empirisch gefundenen Werte die Höhe der Erwerbsfähigkeitsminderung geschätzt. Für den Gutachter macht die genaue Begründung der sogenannten Gewöhnung in der Zeit nach einem Unfall, die praktisch wegen der Rentenherabsetzung für den Verletzten ungünstige wirtschaftliche Folgen hat, oft Schwierigkeiten, weil die Spruchpraxis eine erhebliche Besserung des Zustandes als notwendig dazu ansieht. Inwieweit eine erhebliche Besserung aber durch Gewöhnung eingetreten ist, läßt sich oft außerordentlich schwer beurteilen.

Eine weitere Aufgabe für den gutachtenden Arzt stellt die Beurteilung dar, ob es sich um einen Dauerzustand handelt, der nun

einmal eingetreten ist, oder ob noch mit einer Besserung gerechnet werden kann. Weiterhin kann zur Durchführung einer Heilbehandlung geraten werden oder doch wenigstens ihr voraussichtlicher Erfolg erwähnt werden.

Gutachtenerstattung bei Berufskrankheiten.

Als Berufskrankheit bezeichnet man eine Gesundheitsstörung, die als allmähliches Ergebnis der eigenartigen Betriebsbeschäftigung in bestimmten versicherten Betrieben auftritt. Da hier das plötzliche Eintreten des Ereignisses fehlt, so wurden bis 1925 auch schwere Körperschäden, die zweifellos durch Berufskrankheiten hervorgerufen waren, überhaupt nicht entschädigt; in der Folgezeit wurden dann neun Berufskrankheiten als entschädigungspflichtig erklärt und erst in der zweiten Verordnung über die Ausdehnung der Unfallversicherung auf die Berufskrankheiten vom 11. 2. 1929 wurde reichsgesetzlich die größte Anzahl der vorkommenden Berufskrankheiten, insgesamt 22, entschädigungspflichtig erklärt. Die nationalsozialistische Gesetzgebung erweiterte in der dritten Verordnung vom 16. 12. 1936 diese Zahl auf insgesamt 26. Da diese Verordnung ausgiebig medizinisch-wissenschaftlich erläutert und begründet wurde, und eine wesentliche Erweiterung gegenüber der letzten erfahren hat, ist damit auch gleichzeitig ein weiterer Schritt zur gesundheitlichen Betreuung des deutschen Arbeiters getan; jedoch steht zu erwarten, daß bei dem dauernden Aufstieg auf dem Gebiete der Technik und dem Fortschritt auf medizinisch-wissenschaftlichem Gebiet hier noch kein endgültiger Haltepunkt erreicht ist. Im folgenden sind die entschädigungspflichtigen Berufskrankheiten genannt:

1. Erkrankungen durch Blei und seine Verbindungen,
2. „ „ Phosphor und seine Verbindungen,
3. „ „ Quecksilber oder seine Verbindungen,
4. „ „ Arsen oder seine Verbindungen,
5. „ „ Magnesium oder seine Verbindungen,
6. „ „ Benzol oder seine Homologen,
7. „ „ Nitro- und Amidoverbindungen des Benzols oder seiner Homologen und deren Abkömmlinge,
8. „ „ Halogenwasserstoffe der Fettreihe,
9. „ „ Schwefelkohlenstoff,
10. „ „ Schwefelwasserstoff,
11. „ „ Kohlenoxyd,
12. „ „ Röntgenstrahlen und radioaktive Stoffe,

13. Erkrankungen an Hautkrebs oder zur Krebsbildung neigenden Hautveränderungen durch Ruß, Paraffin, Teer, Anthrazen, Pech und ähnliche Stoffe,
14. „ an Krebs oder an anderen Neubildungen, sowie Schleimhautveränderungen der Harnwege durch aromatische Amine,
15. Schwere oder wiederholt rückfällige berufliche Hauterkrankungen, die zum Wechsel des Berufes oder zur Aufgabe jeder Erwerbsarbeit zwingen,
16. Erkrankungen der Muskeln, Knochen und Gelenke durch Arbeit mit Preßluftwerkzeugen,
17. a) Schwere Staublungenerkrankung (Silikose),
    b) Staublungenerkrankung (Silikose) in Verbindung mit Lungentuberkulose, wenn die Gesamterkrankung schwer ist und die Staublungenveränderungen einen aktiv fortschreitenden Verlauf der Tbc wesentlich verursacht haben,
18. Schwere Asbeststaublungenerkrankung (Asbestose),
19. Erkrankungen an Lungenkrebs,
20. Erkrankungen der tieferen Luftwege und der Lunge durch Thomasschlackenmehl,
21. Schneeberger Lungenkrankheit,
22. Durch Lärm verursachte Taubheit oder an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit,
23. Grauer Star,
24. Wurmkrankheit der Bergleute,
25. Tropenkrankheiten, Fleckfieber, Skorbut,
26. Infektionskrankheiten.

An Hand dieser Aufstellung ist der Arzt verpflichtet, etwa festgestellte Berufskrankheiten oder auch nur den begründeten Verdacht einer solchen dem Versicherungsträger oder dem Gewerbearzt unmittelbar mitzuteilen. Diese Feststellung entspricht in Form und Inhalt einer gutachtlichen Äußerung und ist nach § 80 der Reichsgewerbeordnung entschädigungspflichtig. Andererseits kann der Arzt bei Unterlassung oder Verzögerung einer Unfallmeldung bestraft werden, sofern der „Unfall" durch eine Berufskrankheit verursacht wurde. Die Gewerbeärzte sind für größere Bezirke amtlich bestellt und sind in der Erkennung und im Vorkommen von Berufskrankheiten besonders erfahren und geschult; sie nehmen anschließend an jede einlaufende Meldung einer Berufskrankheit die Nachuntersuchung vor; außerdem dienen sie als Verbindungsstelle zwischen Arzt und Berufsgenossenschaft und überwachen gleichzeitig auch die Betriebsanlagen hinsichtlich ihrer Einrichtung zur möglichsten Vermeidung von Berufsschäden.

Der Zeitpunkt für die Erstattung von Gutachten liegt infolge der besonderen Umstände und des langsamen Fortschreitens der meisten Berufskrankheiten, in den meisten Fällen weit hinter dem eigentlichen Einsetzen der ersten krankhaften Erscheinungen. Zur Erstattung eines Gutachtens ist also der Arzt noch mehr als in anderen Fällen auf seine eigenen Aufzeichnungen und seinen ersten Untersuchungsbefund angewiesen. Besonders wichtig ist die Klärung des ursächlichen Zusammenhanges in den Fällen, in welchen der Versicherte sich überhaupt nicht bewußt wird, daß er an einer Berufskrankheit leidet, oder wo doch der Zusammenhang mit einer solchen, nur schwer zu erkennen ist. Das über die gesundheitliche Betreuung noch hinausgehende Betätigungsfeld des Arztes auf sozialem Gebiet zeigt sich uns hier besonders deutlich.

An erster Stelle stehen nach den bisherigen Erfahrungen die schweren Staublungenerkrankungen, dann folgen die Erkrankungen durch Blei und seine Derivate und weiterhin die Infektionskrankheiten des Krankenpflegepersonals. Aufgabe des ärztlichen Gutachters ist es nun, mit Wahrscheinlichkeit die wesentlich mitwirkenden Ursachen, die für das Eintreten des Unfallereignisses bestimmend, gestaltend und wirklich verantwortlich waren, aufzusuchen, um damit der letztlich entscheidenden Stelle die Voraussetzung für einen begründeten Urteilsspruch zu geben. Schwierigkeiten für den Gutachter entstehen auch bei der Beurteilung von Verschlimmerungen eines Leidens, welche als Folge einer Berufskrankheit auftreten. Die Entschädigung wird dann für die Dauer des gesamten Leidens gewährt, bis es wieder auf den früheren Stand zurückgegangen ist; weiterhin bei den Schäden, die als „mittelbare Unfallfolge" entstanden sind, z. B. Röntgenschäden oder Infektion bei der Behandlung eines Unfallverletzten.

Durchführung der Gutachtenerstattung.

a) Untersuchung.

Einen großen Teil der ärztlichen Gutachtertätigkeit nehmen auch die Untersuchungsmethoden ein, nicht nur, weil sie neben der schriftlichen Arbeit den größten Teil der Zeit des Arztes in Anspruch nehmen, sondern weil sie auch, richtig ausgeführt, durch ihre Feststellungen und Befunde, wichtige Hinweise zur Beurteilung geben. Die sorgfältige Untersuchung des Verletzten ist sozusagen die Voraussetzung jeder Begutachtung. Grundsätzlich ist dabei nicht nur der verletzte Körperteil, sondern stets der ganze Mensch anzusehen. Hierbei ist es natürlich wertlos, die Untersuchung nur als Selbstzweck durchzuführen, also z. B. bei der

Begutachtung einer Zehenamputation eine genaue Durchleuchtung der inneren Organe vorzunehmen.

Neben der genauen Beobachtung von Anormalitäten oder Bewegungseinschränkungen, die natürlich nur am entblößten Körper gefunden werden können, ist dem psychischen Verhalten des Verletzten ein besonderes Augenmerk zu schenken. Aus der Haltung und Bewegung können ebenso wie aus dem Gesichtsausdruck oder der Reaktion auf bestimmte Fragen, wesentliche Schlüsse gezogen werden. Alle schon äußerlich sichtbaren Formveränderungen oder Schwellungen, Atrophien und Narben, geben oft Anhaltspunkte bei der Untersuchung. Wichtig ist auf jeden Fall die Feststellung oder der Ausschluß von Befunden wie:

Hautveränderungen,	Stauungen,
Ödeme,	Krampfadern,
Haltungsanomalien,	Vasomotorische Störungen,
Deformierung des Brustkorbes,	Dermographismus,
Atmungsanomalien,	Schweißabsonderung,
Skoliosen, Gibbus,	Plattfüße.

Mit Hilfe der Palpation, Wägung und Messung, wird die Funktion von Gelenken oder Muskelgruppen, sowie das Verhalten einzelner Körperteile zum Gesamtorganismus festgestellt. Die Messungen können als Längen-, Flächen- oder Umfangsmessungen ausgeführt werden, oder auch auf das Röntgenbild übertragen werden. Dieses spielt bei der Begutachtung einer großen Anzahl von Fällen eine maßgebende Rolle und zwar sowohl die Aufnahme, wie auch die Durchleuchtung. Kraftmessungen, Feststellungen des respiratorischen Quotienten, sind dabei Hilfsmittel, die den Arzt oft leicht auf die richtige Spur führen. Eine ganze Reihe von Spezialuntersuchungen und Prüfungen und vor allem die fachärztliche Untersuchung, schließen letzten Endes auch die häufig angewandte Simulation aus, und ermöglichen ein einwandfreies ärztliches Urteil.

b) Zusammenhangsfragen:

Hat die Versicherungsbehörde festgestellt, daß ein Betriebsunfall vorliegt, so bleibt in vielen Fällen für den begutachtenden Arzt noch die Frage des Zusammenhanges zu klären. Die einwandfreie Beurteilung dieser schwierigen Frage setzt die Kenntnis der allgemeinen und speziellen Pathologie, wie auch der gesetzlichen Bestimmungen voraus. In jedem Fall müssen unabhängig von den inzwischen entstandenen allgemeinen Richtlinien, die jeweils verschieden gelagerten Verhältnisse berücksichtigt werden. Da das Gesetz für die Anerkennung eines Entschädigungsanspruches, den Nachweis der überwiegenden Wahrscheinlichkeit des Zusammen-

hanges eines krankhaften Befundes mit einem Betriebsunfall fordert, so muß der gutachtlich tätige Arzt auch die Begründung dafür aufzählen. Noch besser ist es, wenn ein mit Sicherheit bestehender Zusammenhang besteht, oder wenn ein solcher Zusammenhang mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden kann. Die bloße Möglichkeit eines Zusammenhanges aufzuführen, ist hinsichtlich der Entschädigungspflicht wertlos wegen der zu geringen Wahrscheinlichkeit. Auf jeden Fall muß sich der Arzt mit unmißverständlichen Worten zu einer Ansicht bekennen.

Hier auf dem Gebiet der Klärung von Zusammenhangsfragen von Erkrankung und Betriebsunfall, haben nahezu alle Spezialgebiete der Medizin ihre Beiträge geleistet. In den letzten Jahren sind eine große Anzahl von Werken erschienen, die sich zum Teil mit den Erkrankungen beschäftigen, die dann als Berufskrankheiten nachgewiesen werden, und somit als Unfallfolgen anerkannt werden müssen, zum Teil auch mit gewissen pathologischen Verhältnissen oder Organlagerungen, die zunächst ohne Beschwerden, durch die spezielle Eigenart der Betriebsbeschäftigung, aber doch schließlich sogenannte „Betriebsunfälle" bedingen. Einen verhältnismäßig breiten Raum nehmen dabei die Erkrankungen des Nervensystems und der Sinnesorgane, die Infektions- und Stoffwechselkrankheiten, sowie die Frauenkrankheiten ein.

Die Hinterbliebenen-Rente wird der Witwe und den Kindern gewährt. Sie beträgt regelmäßig $^1/_5$, die der Witwe $^2/_5$ des Jahresarbeitsverdienstes des Verstorbenen, solange sie wenigstens die Hälfte ihrer Erwerbsfähigkeit durch Krankheit und andere Gebrechen verloren hat. Zusammen darf die Rente jedoch $^4/_5$ des Jahresarbeitsverdienstes nicht überschreiten. Die Kinderrente wird bis zur Vollendung des 15. bzw. 21. Lebensjahres gewährt. Das Vorhandensein von Gebrechlichkeit muß auch in diesem Zusammenhang ärztlicherseits begutachtet werden. Als gebrechlich bezeichnet man:

1. das Fehlen oder starke Verstümmelung von Gliedmaßen oder Teilen davon;
2. Versteifungen, Verrenkungen oder erhebliche Schlaffheit von Gelenken;
3. eine wesentliche Verkürzung der Gliedmaßen mit verschiedenen Folgen;
4. hochgradige Gliedmaßen- oder Wirbelsäulenverkrümmung;
5. schlaffe oder krampfige Lähmung des Rumpfes oder der Gliedmaßen;
6. ähnliche Lähmungszustände, die den ganzen Körper betreffen;
7. Blinde und Taubstumme.

Als gebrechlich gelten aber auch eine Reihe von Menschen mit Entwicklungsrückständen oder Erkrankungen, sofern diese in schwerer Form auftreten.

Invalidenversicherung.

Durch die nationalsozialistische Gesetzgebung wurde die Invalidenversicherung mit verschiedenen Gesetzen und Verordnungen ergänzt und reformiert, so insbesondere durch das Gesetz vom 7. 12. 1933, die Verordnung vom 17. 5. 1934 und durch das Aufbaugesetz vom 5. 7. 1934. Die Leistungen, die sie gewährt, sind:

a) Rente,
b) Heilverfahren.

Nach § 1253 der RVO. erhält die Invalidenrente:

1. wer dauernd invalide ist,
2. wer vorübergehend invalide ist,
3. wer das 65. Lebensjahr vollendet hat.

Das ärztliche Arbeitsgebiet besteht vor allem in folgender Tätigkeit:

a) In der Gutachtenerstattung beim Vorliegen einer gänzlichen oder teilweisen Invalidität.
b) In der Begutachtung der Notwendigkeit eines Heilverfahrens.

ad a) In der Definition des Begriffes „invalide" sind alle Punkte festgelegt, die neben den örtlich-geographischen und wirtschaftlichen Faktoren, bei der ärztlichen Begutachtung Berücksichtigung finden müssen. Wichtig ist, daß der Zustand, der Invalidität ausmacht, eine Abweichung von der Norm des Menschen darstellen muß, daß es überhaupt nicht darauf ankommt, wodurch diese Abweichung verursacht ist. Die Beurteilung des Versicherten hat weiterhin zu erfolgen nach seiner seitherigen Lebensweise und nach den Bedingungen, unter welchen er seine Arbeit verrichtet hat.

Jedoch wird z. B. für einen Feinmechaniker, der durch den Verlust eines wichtigen Fingers dauernd arbeitsunfähig bleibt, keine Invalidität anerkannt, da angenommen wird, daß dieser nach Wundheilung und erster Gewöhnung, in einem anderen Berufskreise, der seinem früheren ähnlich war, oder aber auf dem allgemeinen Arbeitsmarkte, Erwerb finden kann. Wir sehen also, daß bei der Beurteilung nicht der Beruf im engeren Sinne schlechthin maßgebend ist, sondern daß er eben im Rahmen der verbliebenen Betätigungsmöglichkeiten berücksichtigt werden muß. Im großen und ganzen können ärztlicherseits zur Beurteilung der Invalidität die gleichen Grundsätze angenommen werden, die auf dem Gebiet der Unfall-

versicherung und der Reichsversorgung für die Abschätzung des Grades der verbliebenen „Erwerbsfähigkeit" zugrunde liegen und die schon ausführlich dargelegt wurden.

Hierbei ist eine Invalidität gleichzustellen mit einer Erwerbsunfähigkeit von mehr als $66^2/_3$ %; diese allzugenaue Zahl ergibt sich aus der Festlegung des Begriffes Invalidität und entspricht in der Praxis einer Erwerbsunfähigkeit von 70 %. Der ärztliche Gutachter muß sich also auf eine der zwei Möglichkeiten festlegen: „invalide" oder „nicht invalide".

Dies erscheint gegenüber der übergroßen Mannigfaltigkeit der Möglichkeiten in der Unfallversicherung sehr einfach; jedoch ist es praktisch keinesfalls leicht, in den großen Bereich, zwischen der offensichtlichen Unfähigkeit, irgend eine nennenswerte Lohnarbeit zu verrichten einerseits und der Betätigungsmöglichkeit des zu ungestörter, auch schwerer körperlicher Arbeit befähigten Arbeiters andererseits, eine Entscheidung zu treffen. Als Norm hierfür hat *Scholtze* angegeben:

„Invalidität wird man im Grundsatz vielleicht zweckmäßig dort annehmen können, wo der Behinderte nur noch imstande ist, leichte Arbeit nur im Sitzen und auch nur mit Unterbrechungen zu leisten."

Entsprechend einer früheren Regelung war die Revision einer Rentengewährung nur möglich auf Grund eines Gutachtens, das sich über eine wesentliche Veränderung im Zustande des Betreffenden aussprach. Diese Bestimmung wurde durch eine Sonderregelung vom 1. 10. 1933 abgelöst, nach welcher die Feststellung, daß der Rentenempfänger nicht invalide ist, genügt, um seinen Rentenanspruch hinfällig zu machen. Diese Sonderregelung ist jedoch schon wieder fallen gelassen worden.

ad b) Besteht nach ärztlichem Urteil eine drohende Invalidität oder ist die Möglichkeit gegeben, eine schon bestehende Invalidität in verhältnismäßig kurzer Zeit zu beseitigen, so wird ein Heilverfahren gewährt; es kann aber auch durchgeführt werden, um die zum Bezug einer Invaliden- oder Witwen-Rente berechtigte Person wieder erwerbsfähig zu machen. Zur Genehmigung eines Heilverfahrens durch die Landesversicherungsanstalt ist jeweils ein ausführliches ärztliches Gutachten notwendig, das sich genau über Zustand, Befund und Heilaussicht des Versicherten ausspricht.

Die größte Bedeutung hat das Heilverfahren der Invalidenversicherung im Kampfe gegen die Tuberkulose erlangt. Beim Bestehen einer Leistungspflicht der Krankenversicherung wird auch diese an den Kosten des Heilverfahrens beteiligt. Die Versicherungsanstalten verfügen zur Zeit etwa über 60 Lungenheilstätten und dieselbe Anzahl von Genesungs- und Erholungsheimen.

In diesem Zusammenhange interessiert auch die Frage der Duldung einer Operation. In vielen Fällen erkennt der Arzt nach gewissenhafter Prüfung der Umstände, daß aller Voraussicht nach nur mit einem operativen Eingriff eine wesentliche Besserung der Erkrankung herbeigeführt werden kann. Das freie Selbstbestimmungsrecht eines Verletzten über seinen Körper berechtigt ihn jedoch eine Operation zu verneinen, wenn nicht folgende Voraussetzungen gegeben sind:

1. die Operation ist nach dem ärztlichen Stande der Wissenschaft gefahrlos,
2. die Operation ist nicht mit nennenswerten Schmerzen verbunden,
3. die Operation verspricht eine wesentliche Besserung.

Eine Entscheidung des Reichsgerichts nimmt zu diesem Selbstbestimmungsrecht wie folgt Stellung:

„Dieses Recht muß seine Grenzen finden, wo sich seine Ausübung lediglich als Eigensinn oder als rücksichtslose, selbstsüchtige Ausnützung der Haftung des Schadensersatzpflichtigen darstellt. Es darf nicht dazu gebraucht werden, um dem Verletzten, dessen Erwerbsfähigkeit durch eine gefahrlose und ohne nennenswerte Schmerzen auszuführende Operation wiederhergestellt werden würde, die Mittel zur Führung eines arbeitslosen Lebens zu sichern. Das gebietet die Rücksicht auf Treu und Glauben, einen Grundsatz, unter dem auch die Ausübung des Rechts auf Ersatz eines erlittenen Schadens steht."

Diese Formulierung entspricht dem Grundsatz des nationalsozialistischen Staates:

„Gemeinnutz geht vor Eigennutz".

Angestelltenversicherung.

Über die Abänderungen, die in der Angestelltenversicherung seit ihrer ersten Fassung getroffen worden sind, sowie über ihre Beziehungen und das Zusammenarbeiten mit anderen Versicherungsträgern war eingangs schon ausführlich die Rede.

Da die Leistungen der Angestelltenversicherung umfassen:

a) Renten (Ruhegeld, Witwenrente, Waisenrente);
b) Heilverfahren (ständige, nichtständige);
c) Gesundheitsfürsorge;
d) Erstattung von Beiträgen;

so können wir die ärztliche Gutachtertätigkeit, hauptsächlich für die beiden ersten Punkte wie folgt umreißen:

1. Begutachtung der Berufsunfähigkeit,
2. Begutachtung der Notwendigkeit eines Heilverfahrens.

Auch hier ist wie bei den anderen Versicherungszweigen die Gewährung von Leistungen von einem ärztlichen Gutachten abhängig.

Zu 1. Berufsunfähigkeit liegt dann vor, wenn die Arbeitsfähigkeit des Versicherten infolge von Krankheit oder anderer Gebrechen oder Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte, auf weniger als die Hälfte derjenigen eines körperlich und geistig gesunden Versicherten von ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten herabgesunken ist.

Unabhängig von genauen Einzelbestimmungen, die aber im Rahmen des ärztlichen Arbeitsgebietes nicht interessieren und daher von den Reichsbehörden selbst geprüft werden, wird das Ruhegeld als der Hauptbestandteil der Rentenleistungen in den zwei Fällen gewährt, nämlich:

a) bei dauernder Unfähigkeit, seinen Beruf auszuüben;
b) bei weiterem Andauern der Berufsunfähigkeit, sofern eine 26wöchige ununterbrochene Frist überschritten wird.

Hier ist es nun schwierig, zu beurteilen, ob eine oben genannte Unfähigkeit zur Ausübung des Berufes vorliegt, da im Sinne der Angestelltenversicherung unter Beruf nicht nur die von den Versicherten tatsächlich ausgeübte Tätigkeit, sondern eine ganze Gruppe von Tätigkeiten zu verstehen ist, die ihrer Art nach verwandt sind, das heißt eine ähnliche Ausbildung und gleichwertige Kenntnisse und Fähigkeiten voraussetzen. In jedem einzelnen Falle ist es Aufgabe des Gutachters, die Berufsgruppe abzugrenzen und im übrigen auf Grund des Untersuchungsbefundes und etwa notwendiger funktioneller Prüfungen, sein Urteil abzugeben.

Zu 2. Heilverfahren werden in ähnlichem Sinne wie bei der Invalidenversicherung gewährt, wenn es sich nämlich um die Behebung oder Ausheilung von Erkrankungen handelt, die zur Berufsunfähigkeit des Versicherten führen können, oder wenn ein Ruhegeldempfänger seine Berufsfähigkeit wiedererlangen soll. Da für die Heilverfahren kein Rechtsanspruch besteht, so müssen im Interesse des Versicherten die ärztlichen Bescheinigungen eingehend begründet und gewissenhaft ausgearbeitet sein.

Knappschaftsversicherung.

Die besonderen Gefahrenmomente und die Eigenart der Beschäftigung im Bergbau bewirkten schon lange vor Einführung der Sozialversicherung eine einheitliche Zwangsversicherung für alle im Bergbau beschäftigten Angestellten und Arbeiter.

Durch das Reichsknappschaftsgesetz und seine verschiedenen Fassungen der Jahre 1923, 1924 und 1926 wurde die Reichsknappschaft zum Träger der verschiedenen Versicherungszweige (mit Ausnahme der Unfallversicherung) erhoben.

Da die ärztliche Tätigkeit sich bei der Knappschaftsversicherung auf die gleichen Gebiete erstreckt, die bereits bei der Kranken- Unfall- und Angestelltenversicherung erläutert wurden, so möge hier eine kurze Aufzählung des Tätigkeitsgebietes genügen. Es handelt sich um:

aa) Die Tätigkeit als behandelnder Arzt,

bb) Die Begründung der Notwendigkeit eines Heilverfahrens,

cc) Gutachten über Unfallzusammenhänge und Berufskrankheiten,

dd) Beurteilung und gutachtliche Äußerung über:

a) Erwerbsbeschränkung,

b) Invalidität,

c) Berufsunfähigkeit.

Da in der Reichsknappschaft, im Gegensatz zur Krankenversicherung, die freie Arztwahl nach der Reichsversicherungsordnung unmöglich ist, so sind in letzter Zeit die Bestrebungen einer Änderung des Arztsystems mit dem Ziele der Einführung der freien Arztwahl immer stärker geworden. Die Nachteile für die Versicherten, die sich durch die Unmöglichkeit der freien Arztwahl ergeben, werden vielleicht zum Teil dadurch ausgeglichen, daß nämlich die Knappschaftsärzte auf Grund ihrer Erfahrungen im Bergbau mit seinen eigenartigen Anforderungen ganz besonders geeignet sind, die für die Versicherten anfallenden ärztlich-gutachtlichen Fragen sachverständig zu beantworten und somit gestellte Ansprüche gerechter beurteilen zu können. Weiterhin liegt es in der Hand des Knappschaftsarztes, einem Bewerber den sogenannten „Anlegeattest" auszustellen d. h. ihn für die Anlegung in einem bergmännischen Betrieb für geeignet zu erklären, womit gleichzeitig die Aufnahme in die Pensionsversicherung verbunden ist.

Der Grund warum die ärztliche Gutachtertätigkeit in der Knappschaftsversicherung mit derjenigen in den anderen Reichsversicherungszweigen nahezu parallel geht, ist die Übereinstimmung der Begriffe „Berufsunfähigkeit" bzw. knappschaftliche Invalidität; nur wird hier das Besondere der knappschaftlichen Betätigung betont. Man bezeichnet auch das Nichtvermögen, die bisher ausgeübte knappschaftliche Tätigkeit zu verrichten, als „bergfertig". Ebenso ist die Gewährung von Heilverfahren von denselben Bedingungen abhängig.

Arbeitslosenversicherung.

Durch das Gesetz über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung in seiner Fassung vom 12. 10. 1929, wurde der Arbeitseinsatz und die Arbeitslosenhilfe endgültig zur Reichsaufgabe gemacht. Die der Reichsanstalt unterstehenden Landesarbeitsämter und Arbeitsämter haben sich vertraglich Vertrauensärzte verpflichtet, die zum Teil hauptamtliche, zum Teil nebenamtliche Tätigkeit ausüben. Ihre Aufgabe ist es, im Rahmen der Arbeitsvermittlung festzustellen und zu begutachten, ob im Einzelfalle einem Arbeitslosen ein Berufswechsel und die entsprechende Umschulung nach seinen Fähigkeiten und seinem bisherigen Beruf, vor allem aber gesundheitlich zugemutet werden kann. Weiterhin müssen Personen, die wegen vorgeschrittenen Alters oder wegen gesundheitlicher Mängel, gar nicht arbeitsfähig sind, aus der Versicherung ausgesondert werden, da sie ja keine berechtigten Unterstützungsempfänger sind. Arbeitslos im Sinne des Gesetzes ist jedenfalls nur der Versicherte, der unfreiwillig ohne Arbeit ist; an sich ist er aber nicht arbeitsunfähig. Hier, in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, liegt die Hauptaufgabe der ärztlichen Begutachtung. Im Sinne der Arbeitslosenversicherung ist arbeitsunfähig, wer nicht mindestens ein Drittel seiner normalen Arbeitsfähigkeit besitzt. Die Arbeitsunfähigkeit ist also hier nicht identisch mit derjenigen in der Krankenversicherung; dagegen ist die Arbeitsunfähigkeit praktisch mit Invalidität gleichzusetzen, so daß der Gutachter sich nach den dort erläuterten Bestimmungen richten kann. Umgekehrt kann der einmal als „invalide" erklärte Versicherte gleichzeitig auch als arbeitsunfähig angesehen werden.

Ein schwieriges Kapitel für den ärztlichen Sachverständigen hinsichtlich seines Urteils, bildet ferner die oft fehlende Arbeitswilligkeit, sofern dem Betreffenden, bei dem die Arbeitsfähigkeit ja vorhanden oder höchstens etwas beeinträchtigt ist, ein besonderes Arbeitsfeld zugemutet werden soll; es handelt sich hier um Arbeiten außerhalb des Wohnortes oder z. B. um Wohnen in primitiven Unterkünften. Da naturgemäß mangelnder Arbeitswille mit irgend welchen Gesundheitsstörungen in Zusammenhang gebracht wird, so kommt es besonders darauf an, diese ärztlicherseits festzustellen oder auszuschließen.

Reichsversorgung.

Nachdem die ärztliche Gutachtertätigkeit in den einzelnen Zweigen der Sozialversicherung geschildert wurde, möchte ich in diesem Zusammenhange auch kurz die Reichsversorgung erwähnen, da ja gerade auf ihrem Gebiet das ärztliche Gutachten eine ganz be-

deutende Rolle spielt; so wurden beispielsweise im Jahre 1933 allein bei den versorgungsärztlichen Einrichtungen 80929 fachärztliche Gutachten erstattet. Neben der Betreuung der Opfer des Weltkrieges hat das Versorgungswesen in einer Reihe von Gesetzen und den entsprechenden Ausführungsbestimmungen neue Aufgaben erhalten, so z. B. im Gesetz vom 27. Februar 1934, die Versorgung der Kämpfer für die nationale Erhebung.

Im Gegensatz zum Versicherungsgrundsatz der Reichsversicherung und unter bewußtem Ausschluß eines Fürsorge-Grundsatzes, der ja die Prüfung der Bedürftigkeit erfordern würde, herrscht in der Reichsversorgung der Versorgungs-Grundsatz. Die Reichsversorgung will durch Geld- und Sachleistungen die gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen einer Dienstbeschädigung (DB), welche Kriegsteilnehmer und indirekt auch ihre Angehörigen erlitten haben, beseitigen oder mildern. Der für den Arzt im Mittelpunkt seiner gutachtlichen Tätigkeit stehende Begriff ist die „Dienstbeschädigung". Unter ihr versteht das Reichsversorgungsgesetz die gesundheitsschädigende Einwirkung, die durch militärische Dienstverrichtungen oder durch einen, während der Ausübung des Militärdienstes, erlittenen Unfall oder durch die dem Militärdienst eigentümlichen Verhältnisse herbeigeführt worden ist. Als weitere ärztliche Aufgabe sei genannt:

Die Feststellung bzw. Begutachtung einer Gesundheitsstörung, einer Kriegsdienstbeschädigung, einer Kriegsverwundung oder einer Tropen- bzw. Luftdienstbeschädigung.

Wir sehen also, daß in der Reichsversorgung, noch mehr als in den Versicherungszweigen der Reichsversicherung, wichtigste Entscheidungen von ärztlich-wissenschaftlichen Feststellungen abhängig gemacht sind. Die große laufend notwendige Gutachtertätigkeit in der Reichsversorgung wird von ungefähr 500 beamteten Ärzten ausgeübt, welche damit, auf ihrem zugewiesenen Gebiet, der deutschen Sozialpolitik den ärztlichen Beitrag leisten, der auch schon im Rahmen der Tätigkeit in der Sozialversicherung gebührend gewürdigt wurde.

Zusammenfassung.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß der nationalsozialistische Staat wie auf allen Gebieten, so auch auf dem großen Gebiet der Sozialversicherung zu einer Neuordnung der Verhältnisse geschritten ist. Er hat dabei einen großen Teil der bestehenden Einrichtungen übernommen, da sich diese in Jahrzehnten bewährt hatten.

Durch eine streng durchgeführte Umorganisation und durch klare Gesetze wurde die Sozialversicherung fest als wichtiges Glied

in den nationalsozialistischen Staat eingebaut. Sie wurde den sozialdemokratischen Parteiinteressen entrissen und zum wahrhaft sozialen Instrument des gesamten deutschen Volkes gemacht. Durch zweckmäßige Zusammenfassung einzelner Versicherungsträger wurde neben der Selbstständigkeit der Versicherungszweige eine intensivere und schneller wirksame Betreuung der Volksgenossen erreicht, welche unter früheren Voraussetzungen nie in demselben Maße möglich war.

Dem ärztlichen Gutachter wurde ein ebenso umfangreiches wie verantwortungsvolles Tätigkeitsfeld zugewiesen, auf dem er als Glied innerhalb der Volksgemeinschaft seine für das Volksganze so wichtige Arbeit leistet.

Der ärztliche Gutachter erfüllt damit im Rahmen der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik an hervorragender Stelle seine Pflicht. Er ist von einem nur bestimmten Parteiinteressen dienenden Organ zum gesundheitlichen Betreuer des gesamten Volkes geworden.

Für die freundliche Überlassung des Themas und die Übernahme des Referates möchte ich Herrn Ministerialdirektor Prof. *Schultze* meinen herzlichsten Dank sagen.

Auch Herrn Medizinalrat I. Kl. *Dr. Staudenmaier* und Herrn Oberregierungsrat *Dr. Jaeger* habe ich für die Durchsicht vorliegender Arbeit bestens zu danken.

Literaturverzeichnis

Adam: Die Beziehungen zwischen Krankenversicherung und Arbeitslosenversicherung. (Die Ortskrankenkasse 1936, Nr. 1.)

Amtsarzt Der: Ein Nachschlagewerk für Medizinal- und Verwaltungsbeamte. (Verlag G. Fischer, Jena 1936.)

Bauer: Die Reichsversicherung im Dienste der Gesundheitspolitik. (Die Ortskrankenkasse 1936, Nr. 1.)

Berufs-Ordnung für die deutschen Ärzte vom 5. 11. 1937.

Börner v. d. Velden, Reichsmedizinalkalender 1937 u. ff.

Dick: Krankenversicherung und Reichsversorgung. (Die Ortskrankenkasse 1936, Nr. 1.)

Dobbernack: Die Gesundheitsfürsorge in der Invalidenversicherung. (Deutsches Ärzteblatt 193, S. 1207.)

— Sozialversicherung und Wirtschaft. (Die Ortskrankenkasse 1936, Nr. 1.)

Dormann: Die deutsche Sozialversicherung und die Sozialversicherungsgesetzgebung der Welt. (Die Ortskrankenkasse 1936, Nr. 1.)

Engel: Von Zweck und Ziel der deutschen Reichsversicherung. (Die Ortskrankenkasse 1936, Nr. 1.)

Engel-Eckert: Die Sozialversicherung im 3. Reich.

Fischer-Molineus: Das ärztliche Gutachten im Versicherungswesen.

Grote: Zur Berufung Dr. Contis zum Reichsgesundheitsführer. (Deutsches Ärsteblatt 1939, Nr. 18.)

— Arzttum und Reichsversicherung. (Die Ortskrankenkasse 1936, Nr. 1.)

Grünewald: Die Sozialversicherung im Lande Österreich unter besonderer Berücksichtigung der Krankenversicherung. (Deutsches Ärzteblatt 1938, Nr. 27.)

Gütt-Rüdin-Ruttke: Zur Verhütung erbkranken Nachwuchses.

Haedekamp: Das Arztrecht.

Heinrich: Betriebsunfall und Begutachtung. (Deutsches Ärzteblatt 1935, Nr. 27.)

Horn: Praktische Unfall- und Invalidenbegutachtung bei sozialer und privater Versicherung, Reichsversorgung und Haftpflichtfällen.

Kaiser: Die deutsche Sozialversicherung und die deutsche Volksgesundheit. (Die Ortskrankenkasse 1936, Nr. 1.)

Kaskel-Stitzler: Grundlagen des Versicherungsrechts.

Kaufmann: Handbuch für Unfallmedizin. (Ferd. Enke, Stuttgart 1932.)

König-Magnus: Handbuch der gesamten Unfallheilkunde.

Krohn: Sozialpolitik und Sozialversicherung im Dritten Reich. (Deutsches Ärzteblatt 1937, S. 313.)

Liniger: Der Rentenmann. (J. A. Barth, Leipzig 1933.)

Liniger-Molineus: Der Unfallmann. (J. A. Barth, Leipzig 1933.)

Liniger-Weichbrodt-Fischer: Handbuch der ärztlichen Begutachtung. (J. A. Barth, Leipzig 1933.)

Lammers: Staatsführung und Sozialversicherung. (Die Ortskrankenkasse 1936, Nr. 1.)

Magnus: Fortschritte auf dem Gebiete der Unfallheilkunde und Begutachtung. (Zentralbl. für Chir. 1935, S. 31 und 391.)

— Soziale Unfallversicherung und Unfallmedizin. (Sonderdruck aus der Niederschrift über die Festsitzung aus Anlaß des 50jährigen Bestehens der deutschen gewerblichen Berufsgenossenschaften.)

Magnus-Martius: Vademecum der Sozialversicherung. (J. Ambr. Barth, 1936.)

Martin: Nationalsozialismus und Sozialversicherung. (Die Ortskrankenkasse 1936, Nr. 1.)

Martineck: Gutachten und Gutachter in der Sozialversicherung. (Deutsche Med. Wochenschr. 1938, Nr. 40.)

Möller: Die Herrschaft der Sozialdemokratie in der deutschen Krankenversicherung. (Berlin 1910.)

Münz: Aus der Frühzeit der Krankenversicherung. (Die Ortskrankenkasse 1936, Nr. 1.)

Reichsversicherungsordnung.

Reiter: Ziele und Wege des Reichsgesundheitsamtes im Dritten Reich. (J. A. Barth, 1936.)

Richter: Die Bedeutung der Sozialversicherung im deutschen Volkskörper. (Die Ortskrankenkasse 1936, Nr. 1.)

Rostock: Entscheidungen des Reichsversicherungsamtes über den Zusammenhang zwischen Unfall und Erkrankungen. (Ferd. Enke, Stuttgart 1931.)

— Unfallbegutachtung. (J. A. Barth, Leipzig 1935.)

Schäffer: Das Reichsversicherungsamt.

— Gestaltung und Entwicklung der Träger der deutschen Sozialversicherung. (Die Ortskrankenkasse 1937, Nr. 10.)

Scherler: Ein Querschnitt durch die deutsche Sozialversicherung. (Verlag der Deutschen Ärzteschaft, Berlin 1937.)

Scholtze: Grundlagen der ärztlichen Begutachtung; Ärztliche Fragen der Reichsversorgung. (Staatsmedizinische Abhandlungen, Gütt-Frey-Conti-Klein. Heft 10, Teil I.) (J. Ambr. Barth, 1936.)

— Ärztliche Fragen der Reichsversicherung. (Idem, Heft 15, Teil II.)

Stähle: Das persönliche Verhältnis zwischen Arzt und Krankenkasse in Gegenwart und Zukunft. (Deutsches Ärzteblatt 1935, S. 921.)

Schulz: Beziehungen der Krankenversicherung zur Unfall- und Rentenversicherung. (Die Ortskrankenkasse 1936, Nr. 1.)

Syrup: Die Entwicklung des Arbeitseinsatzes und der Arbeitslosenhilfe zur Reichsaufgabe. (Die Ortskrankenkasse 1936, Nr. 1.)

Tornau: Die Entwicklung des kassenärztlichen Rechts. (Der Jungarzt 1938, Heft 10.)

Vaternahm: Taschenbuch des Vertrauensarztes. (J. Springer, 1936.)

Walter: Vertrauensarzt, Krankenkasse, Volksgesundheit. (Aus „Vertrauensarzt und Krankenkasse“ 1933, Heft 1/2.)

— Die nationalsozialistische Umformung der Gesundheitsführung bei den Berliner Krankenkassen. (Aus „Vertrauensarzt und Krankenkasse 1934, Heft 7.)

Wagner: Der Arzt im nationalsozialistischen Staat. (Die Ortskrankenkasse 1937, Nr. 9.)

Zeitschrift für Unfallheilkunde und Versicherungsmedizin. (1936, 43, S. 100.)

Zschimmer: Die Gemeinschaftsaufgaben in der Krankenversicherung. (Die Ortskrankenkasse 1936, Nr. 1.)

Lebenslauf

Am 27. 10. 1913 wurde ich als Sohn des verst. Oberrechnungsrates Karl Reck in Ulm a/D. geboren.

Vom 6. bis 8. Lebensjahr besuchte ich die Elementarschule und dann das humanistische Gymnasium in Ulm a/D. 1929 legte ich an dieser Anstalt die mittlere Reife und mit 18 Jahren die Reifeprüfung ab.

Dem Studium der Medizin widmete ich mich an den Universitäten Tübingen, Heidelberg und München. In München legte ich das Medizinische Staatsexamen im Jahre 1938 ab. Vier Monate des praktischen Jahres verbrachte ich in der I. Medizinischen Universitäts-Klinik München, die restlichen 8 Monate in der Chirurgischen Universitäts-Klinik Pavia in Italien. Im Jahre 1939 erhielt ich in München die Approbation als Arzt und war dann als Volontär-Assistent im Pathologischen Institut der Universität München tätig. Seit Kriegsbeginn stehe ich als Truppenarzt im Felde.

Wilhelm Reck.